



UNIVERZITA KARLOVA  
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Intenzivní péče

**Bc. Michaela, Slouková**

Role sestry v edukaci pacienta před anestezií u operačních výkonů v ortopedii

The role of nurses in patient education prior to anesthesia for surgical procedures in  
orthopedics

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Di Cara

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 10. 06. 2016.

MICHAELA SLOUKOVÁ

.....

Podpis

### **Identifikační záznam**

SLOUKOVÁ, Michaela. Role sestry v edukaci pacienta před anestezií u operačních výkonů v ortopedii. [The role of nurses in patient education prior to anesthesia for surgical procedures in orthopedics]. Praha, 2016. 103 s., 4 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Di Cara, Veronika.

## Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na roli sestry v edukaci pacienta před anestezií u operačních výkonů v ortopedii. Popis této role vychází z praxe na ortopedické klinice a její problematika se odkrývá ve výsledcích výzkumu. Cílem práce bylo zhodnotit úroveň a efektivnost edukace pacienta sestrou před anestezií, zjistit míru spokojenosti a informovanosti pacientů před operací, zhodnotit kvalitu a obsah edukace prováděné sestrou a zjistit současné kompetence sestry v edukaci pacientů před anestezií. Data pro výzkumné šetření byla získána prostřednictvím dvou dotazníků určených pro sestry pracující na ortopedické klinice a pro pacienty, kteří podstoupili na této klinice plánovaný operační zákrok. Nejdůležitějším zjištěním, které vyplynulo z výsledků výzkumu, bylo překračování kompetencí sester v předoperační edukaci pacienta z důvodu chybějících návštěv anesteziologa. Na základě toho, co jsem nastudovala z dostupné literatury a dle výsledků výzkumu, předkládám v diskusi návrhy řešení této situace a pro zkvalitnění edukace navrhuji aktivní nabízení informačních materiálů pacientům při přijetí, vytvoření vylepšených edukačních materiálů pro předoperační přípravu, využití různých edukačních metod a pomůcek. Celkové výsledky vycházející ze stanovených cílů byly uspokojivé. Úroveň edukace byla zhodnocena jako dostatečná.

*klíčová slova:*

edukace, předoperační příprava, anestezie, ortopedické výkony, kompetence sestry

## **Abstract**

The thesis is focused on the role of nurse in patient education prior anaesthesia in surgical procedures in orthopaedic. Description of this role is based on the experience at the orthopaedic clinic and problems related to it are seen in the results of survey. The aim was to assess the level and effectiveness of patient education done by nurse before anaesthesia, measure the level of satisfaction and patient awareness before surgery, assess the quality and content of education provided by nurse and identify the current competencies of nurses in patient education before anaesthesia. Data for the research survey were obtained through two questionnaires designed for nurses working at the orthopaedic clinic and for patients who have undergone scheduled intervention in this clinic. The most important finding of the research results was crossing the competencies of nurses in the preoperative patient education because the lack of visits by anaesthesiologist. Based on what I studied in the available literature and the research results, in the discussion I am presenting proposals for solutions of this situation and I suggest active offering of the information material to patient during admission, the creation of improved education material for preoperative preparation, using of different teaching methods and aids to improve the quality of education. Overall results based on the stated objectives were satisfactory. The level of patient education was judged to be sufficient.

*keywords:*

education, pre-operative treatment, anesthesia, orthopedics, nurses's competency

**Poděkování:**

Poděkování patří především vedoucí mé diplomové práce Mgr. Veronice Di Cara za její odbornou pomoc, velmi cenné rady a připomínky.  
Také bych chtěla poděkovat všem, kteří mi byli při tvorbě diplomové práce oporou.

# OBSAH

1 Úvod.....	9
2 Edukace .....	10
2.1 Vymezení pojmů .....	10
2.2 Edukační proces .....	11
2.3 Význam edukace ortopedického pacienta .....	11
2.4 Fáze edukace .....	13
2.5 Typy, metody a formy edukace .....	14
2.5.1 Edukace perioperační sestrou .....	16
2.6 Učební pomůcky.....	17
2.7 Překážky v edukaci.....	17
2.8 Role sestry jako edukátorky .....	18
3 Komunikace .....	19
3.1 Komunikace v praxi zdravotníků .....	19
3.1.1 Komunikace a osobnost sestry .....	20
3.1.2 Problémy v komunikaci lékařů.....	22
3.2 Komunikace se seniory .....	22
4 Právní aspekty edukace .....	23
4.1 Informovaný souhlas .....	23
4.2 Standardy péče .....	24
4.3 Kompetence sester v edukaci v České republice.....	25
4.3.1 Kompetence sester v zahraničí .....	25
5 Operační výkony v ortopedii.....	27
5.1 Obecné dělení operací .....	27
5.2 Indikace k výkonu .....	28
6 Předoperační vyšetření.....	29
7 Předoperační příprava .....	30
7.1 Dlouhodobá příprava.....	30
7.2 Střednědobá příprava.....	30
7.3 Krátkodobá příprava.....	30
7.3.1 Fyzická příprava .....	31
7.3.2 Anesteziologická příprava .....	32
7.3.3 Psychická příprava.....	32
7.4 Bezprostřední příprava .....	33
8 Premedikace.....	34
9 Úloha sestry v předoperační přípravě před ortopedickým výkonem .....	35
10 Výzkumné šetření.....	38
10.1 Výzkumné cíle.....	38
10.2 Metodika výzkumného šetření .....	38
10.4 Výsledky výzkumu a jejich analýza .....	39
10.4.1 Výsledky a analýza dotazníků sester .....	40
10.4.2 Výsledky a analýza dotazníků pacientů.....	63

11 Diskuse.....	84
12 Závěr .....	94
13 Seznam použité literatury.....	95



# 1 Úvod

Podnětem pro vznik tématu této diplomové práce byla konkrétní problematika z praxe, na kterou jsem tímto způsobem chtěla poukázat. Problematika se týká anesteziologické přípravy pacientů před operací. Anesteziologická příprava je jednou ze součástí přípravy pacienta před operací. Nejčastěji probíhá anesteziologická příprava den před výkonem na oddělení, což je obvyklý postup i na našem pracovišti. Velmi často se však stává, že za pacienty anesteziolog na oddělení vůbec nedorazí, což by se mělo stávat pouze v některých výjimečných případech, jakými jsou neodkladné výkony. Příprava se pak koná až na operačním sále. Na tomto základě vzniklo téma diplomové práce, které zní Role sestry v edukaci pacientů před anestezií u operačních výkonů v ortopedii.

Profese sestry tvoří soustava společenských rolí, jedna z nich spočívá v oblasti edukace. Role sestry jako edukátorky vznikla na konci 20. století a počátku 21. století, což byla jedna z významných změn v ošetrovatelské profesi (Kutnohorská, 2010, s. 158). Od té doby prošla dalším vývojem. Kompetence určující rozsah působnosti v edukaci nejsou v dnešní době zaměřeny pouze na ošetrovatelskou péči, ale také na odbornou činnost sester, vycházejí z vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Nemají však stále takový rozsah jako mají v některých zahraničních zemích sestry s pokročilými kompetencemi.

V posledních letech se několik závěrečných kvalifikačních prací věnovalo podobnému tématu, převážně se však zaměřovaly na úroveň informovanosti pacientů před operací. Tato práce se informovaností pacientů zabývá také, avšak orientována je na problematiku role sestry v edukaci pacientů před operací, která je ovlivněna chybějící anesteziologickou přípravou. Úroveň a kvalita edukace je důležitá, protože pouze efektivní edukace má smysl. Edukace pacienta má nesporně svůj význam, což dokazují především zahraniční studie, které jsou součástí diplomové práce.

Diplomová práce seznamuje s obecnými znalostmi o edukaci, které jsou těmito zahraničními studii provázány. Konkrétně se zabývá edukačním procesem; jednotlivými typy, metodami a formami edukace; pomůckami i překážkami v edukaci; právními aspekty edukace; nahlíží také do edukace perioperačními sestrami. Dále se podrobněji zabývá komunikací, která je neoddelitelnou složkou edukace. V neposlední řadě je popsána úloha sestry v předoperační přípravě ortopedického pacienta, na kterou navazuje analýza výsledků výzkumného šetření, která odkrývá důkladněji roli sestry v edukaci pacienta před operací. V závěru práce jsou navržena řešení zjištěných nedostatků na podkladě výsledků výzkumu.

## 2 Edukace

### 2.1 Vymezení pojmů

Termín edukace je odvozen z latinského slova *educare*, což v překladu znamená vést vpřed, vychovávat. Vysvětlení pojmu edukace není zcela jednoduché. Juřeníková (2010) ji představuje jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání člověka, s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.

Při vyhledávání ve slovnících cizích slov je pojem edukace ve většině případů vykládán jako výchova, ojediněle ale také jako vyučování či vzdělávání (Václavík, 2011, s. 83; Klimeš, 2010, s. 197; Barták, 2008, s. 54).

Zachová překládá tento pojem z anglického pedagogického slovníku jako jakoukoliv situaci za účasti lidských subjektů nebo zvířat, při níž probíhá edukační proces, či dochází k nějakému druhu učení. Z pohledu filozofie výchovy je to proces celkové výchovy vztahující se na člověka. Obecná pedagogika a didaktika udává edukaci jako synonymum pro vzdělávání, lépe řečeno výchovně-vzdělávací proces. Vztah mezi výchovným a vzdělávacím procesem je dán odlišením latinských termínů *educatio* (vychovávání) a *eruditio* (vzdělávání, učení). V českém jazyce je tento rozdíl komplikován terminologickým dualismem, neboť slovem výchova jsou označeny veškeré procesy přetváření, výchovné i vzdělávací (Zachová et al., 2010, s. 45).

Mezi další pojmy, které je nutné vysvětlit, patří edukant a edukátor. Edukantem je subjekt učení. Ve zdravotnictví to bývají většinou pacienti. Může se jím ale stát i zdravotník, který si v rámci celoživotního vzdělávání prohlubuje své vědomosti a dovednosti. Edukátor je aktérem edukační aktivity. Nejčastěji jím bývá lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut či nutriční terapeut (Juřeníková, 2010, s. 10). Dalším pojmem je edukační proces, kterým se budu podrobněji zabývat v následující kapitole.

Edukace je neoddělitelnou součástí ošetrovatelské péče a je také jedním z kritérií kvality poskytované péče. Edukace pacientů je považována za dobrou investici, která se zdravotnictví vždycky vrátí (Raková, Čičáková, 2012, s. 28-29). Tento názor si vysvětlují tím, že úspěšnou edukací můžeme přispívat ke snížení nákladů ve zdravotnictví, a to prostřednictvím prevence, v níž hraje edukace velmi důležitou roli. Preventivně edukujeme s cílem udržovat zdraví, zabránit vzniku nejrozličnějších komplikací a v neposlední řadě zlepšovat kvalitu života.

## **2. 2 Edukační proces**

U všech lidí probíhá edukační proces prostřednictvím učení od prenatálního období až po konec jejich života (Juřeníková, 2010, s. 10). Ve zdravotnictví probíhá tento proces formou předávání informací pacientům a osvojováním si nových dovedností během poskytování zdravotní péče.

Edukační proces je proces systematický, logický a plánovaný, ve kterém probíhají vzájemně se ovlivňující činnosti vzdělávání a učení. Tento proces je často srovnáván s ošetrovatelským, protože má stejné fáze, ale rozdílnou podstatu. Ošetrovatelský proces se zaměřuje na tělesné a psychosociální potřeby člověka, zatímco edukační na potřebu učit se (Němcová, Hlinková, 2010, s. 22-23). Skutečností je, že správně vedená edukace má na pacienta prokazatelný vliv (Míčková, 2009, s. 44), což dokázala například Montiniho studie z roku 2010. Edukace zvyšuje pacientovu spokojenost, kvalitu života, zmenšuje úzkost a snižuje výskyt komplikací (Němcová, Hlinková, 2010, s. 31). Nejnovější přehled studií, který je zaměřen na předoperační edukaci pacientů, dokazuje výše uvedené pozitivní účinky edukace (Gupta, 2016). Cílem edukace je pozitivně ovlivnit chování a postoje pacienta, tím přispíváme k dosažení úspěšné léčby (Míčková, 2009, s. 44).

Domnívám se, stejně jako Raková a Čičáková (2012), že se v současné době společnost snaží stále intenzivněji uskutečňovat kroky směřující ke zdraví, k jeho podpoře, uchování a návratu k němu. Za jedním z těchto způsobů je považován i edukační proces v ošetrovatelství.

## **2. 3 Význam edukace ortopedického pacienta**

Z finské studie z roku 2010 vyplývá, že edukace ortopedických pacientů je nezbytnou součástí ošetrovatelské péče. Sestry jsou zodpovědné za předávání informací pacientům, i když o tyto informace pacienti nemusí přímo žádat. Studie prokázala pozitivní vliv edukace na výsledky péče (Montin et al., 2010).

Některé výzkumy se zabývaly tím, zda přijaté informace splnily očekávání pacientů. Ve dvou finských, třech islandských a dvou švédských nemocnicích probíhal průzkum těchto očekávání při propuštění hospitalizovaných pacientů, kteří podstoupili náhradu kyčelního kloubu. Z výsledků studie vyplývalo, že pacienti očekávali více informací, než přijali, a 77 % z nich mělo očekávání nenaplněné. Více pravděpodobné je nenaplněné očekávání u pacientů s vyšším stupněm vzdělání, což se také potvrdilo. Větší očekávání je také spojeno s emocionálním stavem pacientů, průzkum dokázal největší vliv na pacienty s depresí. Při shrnutí této studie je třeba brát při edukaci v úvahu úroveň vzdělanosti pacienta, jeho emocionální stav a znalosti pacienta před chirurgickým zákrokem (Johansson et al., 2014). V letech 2009-2012 byl také zkoumán rozdíl mezi přijatými a očekávanými informacemi, v tomto případě v sedmi evropských zemích u pacientů podstupujících náhradu kolenního nebo kyčelního kloubu. Očekávání pacientů bylo velké, úroveň informací však také neodpovídala očekávání. Rozdíl mezi těmito informacemi byl vyšší v Řecku a Švédsku, ve srovnání s Finskem, Španělskem a Litvou. K dosažení vysoké

úrovně edukace je dle autorů výzkumu zapotřebí dalších vědeckých výzkumů a spolupráce na posílení vzdělání v evropských zemích (Klemetti et al., 2015). Dalším podobným příkladem je studie přehledu literatury z roku 2011 u pacientů podstupujících náhradu kolenního kloubu. Zde nekoreloval vztah mezi očekávanými informacemi a pooperační spokojeností pacienta. Z této studie vyplynulo, že k pooperační spokojenosti pacienta přispívají informace o rekonvalescenci, které jsou poskytnuté již před operací (Culliton et al., 2012).

Johansson a její kolegové vytvořili za období 1990-2003 systematický přehled literatury o edukaci a její účinnosti na pooperační péči u chirurgických pacientů, na který navazuje italská studie za období 2004-2010. Italská studie zkoumala vliv předoperační edukace prováděné sestrou na úzkost, znalosti, bolest a délku pobytu v nemocnici. Jediným pozitivním výsledkem byla lepší informovanost pacientů před operací. Ze studie vyplynul trend včasné předoperační edukace (Ronco et al., 2012). Ve Velké Británii byla provedena studie k zhodnocení vlivu předoperační edukace na délku pobytu v nemocnici po operaci kolenního kloubu. Zde výsledky ukázaly, že předoperační edukace je bezpečná a účinná metoda snížení délky pobytu (Jones et al., 2011). Další studie zjišťovala, zda předoperační edukace u lidí podstupujících náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu zlepšuje pooperační výsledky; konkrétně bolest, funkci kloubu, kvalitu života, úzkost, délku hospitalizace a výskyt nežádoucích událostí (např. hluboká žilní trombóza). Stanoviskem autorů byla překvapivě pochybnost, zda má edukace na uvedené příklady vliv. Uvedli však, že předoperační edukace může představovat užitečný doplněk pro snížení rizika nežádoucích účinků, zejména u pacientů s depresí, úzkostí nebo nerealistickým očekáváním, kteří na předoperační edukaci dobře reagují s ohledem na jejich potřeby (McDonald et al., 2014). Dánská studie také uváděla pochybnosti v závěru, v tomto případě vzhledem k různorodostem sdružených studií. Cílem systematického přehledu bylo zjistit, zda má předoperační edukace pozitivní účinky na pooperační výsledky, včetně úzkosti, bolesti, délky pobytu v nemocnici, spokojenosti pacienta, pooperačních komplikací, mobility a také očekávání. Studie prokázala významné snížení předoperační úzkosti, účinky edukace na pooperační výsledky však prokázány nebyly. V případě vlivu edukace na bolest po operaci, se ve dvou ze dvanácti studií ukázalo, že se pacienti s bolestí lépe vyrovnali a měli významně nižší užívání léků na bolest. Více personalizovaná edukace, která bude zároveň šitá na míru specifickým potřebám pacienta, může zvýšit celkový prospěch předoperační edukace. Dobře informovaného a motivovaného pacienta však mohou po operaci ovlivňovat další faktory, jako je například léčba bolesti a dostupnost fyzioterapeutů (Aydin et al., 2015).

Nejnovější přehled studií o předoperační edukaci z roku 2016 dokazuje následující:

- edukace může snížit úzkost a zlepšit pooperační výsledky;
- předoperační edukační kurzy mohou mít vliv na zotavení po operaci a pozitivně ovlivňují pacientovo očekávání před operací;
- edukace má vliv na snížení předoperační úzkosti, nemá však významný vliv na úzkost pooperační;
- edukace nemá vliv na zkrácení doby potřebné k dosažení úplné funkční nezávislosti;

- verbální, písemné či audiovizuální edukace před operací mohou zkracovat délku pobytu v nemocnici.

Jedna ze studií v tomto přehledu poukazuje na to, že existuje stále málo důkazů na podporu využívání předoperační edukace nad rámec standardní péče s cílem zlepšit pooperační výsledky. Evidentní jsou však účinky předoperační rehabilitace v kombinaci s předoperační edukací, což přináší ještě větší pozitivní výsledky u pacientů, zejména ve zlepšení aktivity během hospitalizace a lepší funkce kloubu, které byly pozorovány již po třech týdnech od operace. Předoperační rehabilitace může snížit bolest před operací a předoperační edukace s cílem zvýšení znalostí pacienta může být účinná pro zvládání pooperační bolesti. Jiná ze studií našla dostatek důkazů na podporu implementace předoperační edukace s cílem zkrátit délku pobytu v nemocnici. Těmito důkazy jsou především lepší pooperační výsledky hlášené pacienty (Gupta, 2016).

## 2. 4 Fáze edukace

Juřeníková (2010) dělí edukaci do pěti fází. V první fázi nazvané počáteční pedagogická diagnostika dochází k zhodnocování a posuzování, tedy získávání informací o klientovi. Edukátor se snaží odhalit úroveň vědomostí, znalostí, návyků a postojů edukanta. Zjišťuje také jeho edukační potřeby. K zjištění informací se nejčastěji používá pozorování a rozhovor. V druhé fázi s názvem projektování se edukátor snaží naplánovat cíle; zvolit metody, formu a obsah edukace; zvolit pomůcky; stanovit časový rámec a způsob hodnocení edukace. Třetí fáze je realizací edukace, v níž je zpočátku důležitá především motivace edukanta, na kterou navazuje vliv působení nových poznatků (expozice). Na předávání informací by se měl aktivně podílet také edukant, nejen edukátor. Na expozici navazuje fixace, při níž jsou získané vědomosti a dovednosti opakovány a procvičovány. Dále je zapotřebí prověřit a otestovat pochopení učiva a zájem edukanta. Posledním krokem v této fázi je, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti aplikovat. Na realizaci edukace by se měl s návazností podílet celý zdravotnický tým. Ve čtvrté fázi probíhá upevnění a prohloubení učiva, což je nezbytné, protože se uvádí, že 50 % osvojeného učiva do druhého dne zapomeneme. Je tedy nutné systematické opakování a procvičování. Při edukaci je v praxi tato fáze dost často opomíjena. V poslední fázi se snažíme zhodnotit výsledky edukanta i edukátora, což umožňuje zpětnou vazbu.

Zhodnocování výsledků by měl edukátor provádět průběžně, nejen jako závěrečné hodnocení. K ověření účinnosti edukace můžeme klást během edukace kontrolní otázky nebo nechat pacienta provést konkrétní dovednost. Důležité je povzbuzovat pacienta a nešetřit pochvalou při sebemenším zlepšení (Svěráková, 2012, s. 35).

## 2. 5 Typy, metody a formy edukace

Podle Svěrákové (2012) dělíme edukaci na základní, komplexní a reedukaci. Základní se provádí například při nově diagnostikovaném onemocnění, nebo v případech, kdy není pacient o určité problematice vůbec informován. Do komplexní edukace řadíme edukační kurzy pro určité diagnózy, které postihují pacienta celoživotně, zasahující do různých oblastí života. Reedukace je edukací pokračující, rozvíjející či napravující. Navazuje na předešlé znalosti, opakuje je a aktualizuje, popřípadě poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám.

Některé nemocnice v USA a Kanadě využívají předoperační edukační kurzy, které pacienti před nástupem do nemocnice absolvují. Znalosti získané z toho kurzu pacienti pozitivně ovlivňují. Pacienti se cítí lépe připraveni k operaci a dokážou také lépe kontrolovat svou bolest po operaci (Kearney et al., 2011). V Stamfordské nemocnici navštěvuje tyto kurzy přibližně 90% pacientů (Parisien et al., 2012). Ve Specializovaném ortopedickém centru na Floridě je pro pacienty podstupující operaci kloubů návštěva předoperačních kurzů povinná pro všechny (Southeast Orthopedic Specialists, 2013).

Při edukaci můžeme využít různých vyučovacích metod. Jsou jimi postupy, kterými se snažíme dojít k stanoveným cílům edukace. Zjednodušeně dělíme na metody slovní, názorné a demonstrační, a praktické. Slovní metody se používají nejčastěji. Patří mezi ně rozhovor a metoda otázek a odpovědí, dále také instruktáž, metoda práce s literaturou, knihou, edukačními letáky a prospekty. Instruktáž je slovní či písemná forma postupu činnosti neboli teoretický návod před praktickou činností. Práce s literaturou poslouží například k přípravě na nový životní styl. U jakékoli literatury je výhodou její libovolná doba studia. Metody názorné a demonstrační vycházejí z praktické ukázky. Díky přijímání poznatků sluchem i zrakem se informace lépe fixují. Mezi tyto postupy se dají zařadit i vlastní poznámky, které mohou být různě graficky znázorněné. Při praktických metodách pacient vynakládá vlastní aktivitu. Důležité je opakování výkonu pro korekci případných chyb a doplnění informací (Mlýnková, 2010, s. 30-32). Kanadská studie z roku 2011 zkoumala strategie efektivní výuky a metody edukace pacientů. Zkoumanými výukovými strategiemi byly tradiční přednášky, diskuze, simulace formou hry, demonstrační ukázky, hraní rolí; využití výpočetní techniky, písemných materiálů a audiovizuálních zdrojů. Učební strategie, které zvýšily znalosti, snížily úzkost a zvýšily spokojenost pacienta, zahrnovaly výpočetní techniku, audio a videonahrávky, písemné materiály a demonstrace. Stejnou úspěšnost prokázaly různé kombinace těchto strategií (Friedman et al., 2011). Ve Finsku porovnávali dvě různé metody edukace ovlivňující pooperační výsledky na ortopedických ambulantních pacientech, kteří podstupovali chirurgický zákrok. Jednou metodou byla důkladná edukace pomocí internetu a druhou edukace zdravotní sestrou. Nebyly zjištěny žádné rozdíly v těchto metodách, proto obě doporučují stejně (Heikkinen et al., 2012).

Forma edukace je z didaktického pohledu označována za souhrn organizačních opatření a uspořádání výuky při realizaci vzdělávacího procesu. Formy můžeme dělit z hlediska času, prostředí, vzájemné vazby edukátora a edukanta, podle uspořádání edukantů a stavu systémů, v níž edukace probíhá. Při volbě vhodné formy přihlížíme

k stanovenému cíli, tématu, připravenosti a individualitě edukanta, a možnostech zdravotnického zařízení. Ve zdravotnictví se užívají nejčastěji formy podle organizačního uspořádání. Z tohoto hlediska následně edukaci dělíme na individuální, skupinovou a hromadnou. Individuální forma je užívaná nejčastěji, dochází při ní k úzkému kontaktu mezi zdravotníkem a pacientem. Její výhodou je individuální edukační plán stanovený u každého pacienta, který vychází z jeho potřeb. Při skupinové formě edukace vznikají různě velké skupiny, ideální počet jejich členů je však 3- 5. Skupiny mohou být dle různých kritérií buď formální či neformální, stejnorodé či různorodé. Při vytváření skupin bychom měli vzít v úvahu přání a mezilidské vztahy edukantů. Výhoda této formy je možnost spolupráce a výměny zkušeností mezi členy skupiny, naopak nevýhoda nastává při nezapojení všech členů. Hromadná edukace je zaměřena na širokou skupinu osob. Používá se při sdělení informací stejného obsahu, typickou metodou je přednáška. Výhodou je informování velkého počtu lidí, nevýhodou minimální individuální přístup a nízká zpětná vazba (Juřeníková, 2010; Kubertová 2010; Svěráková 2012).

Z výzkumu týkajícího se forem edukace vyplynulo, že individuální forma edukace jednoznačně převládá nad skupinovou. Až 54 % sester uvedlo, že skupinovou formu edukace vůbec nerealizují (Raková, Čičáková, 2012, s. 28). Skupinová setkání za přítomnosti zdravotníka pro poskytování informací a získání zpětné vazby od pacientů, je stále nezažitou formou edukace. V Masarykově onkologickém ústavu v Brně realizovali na základě průzkumu dvouletý projekt zaměřený na uspokojování edukačních potřeb hospitalizovaných pacientů formou skupinové edukace. K zajištění zpětné vazby a sdělování zkušeností se organizovala opakovaná setkání. Z projektu vyplynulo, že skupinová setkání nemusí být pouze informační, mohou také přispět k omezení strachu a úzkostí z další péče a napomáhají pacientovi v rozhodování. Na základě projektu vyplynula potřeba rozšíření edukačních aktivit, což bylo zrealizováno vytvořením virtuálního poradenství na internetových stránkách ústavu (Kocourková et al., 2014, s. 32-33).

Z výzkumu, jehož cílem bylo posouzení faktorů ovlivňující efektivitu edukace se zaměřením na organizační formu a výukové metody, bylo zjištěno, že podmínkou efektivy je funkční mezioborový tým, který se snaží pacienta nabádat ke spolupráci, čímž se mění jeho pozice: za pasivního příjemce léčby a péče se stává rovnocenným partnerem. Spoluúčastí na léčbě přebírá zároveň větší míru zodpovědnosti za své zdraví. Větší efektivita byla zároveň prokázána u pacientů edukovaných alternativními metodami ve srovnání s klasickými, jsou jimi například skupinové hry (Vlhová, 2013, s. 13-15). Příklad mezioborové edukace a kombinace metod v zahraničí je ve White Plains Hospital (New York) při předoperačních kurzech, kde se pacienti setkávají s registrovanou zdravotní sestrou, fyzioterapeutem, sociálním pracovníkem a obdrží také vzdělávací materiály a letáky (White Plains Hospital, 2016).

Nemocnice v New Yorku, která se specializuje na ortopedické výkony a léčbu revmatologických onemocnění, je považována za jednu z neúspěšnějších nemocnic na světě pro kloubní náhrady. Tato nemocnice provedla výzkum, který poukázal na přínos předoperační edukace, kterou doplňuje edukace fyzioterapeutem spolu s přístupem k vlastnímu webovému portálu o náhradách kolenních a kyčelních kloubů. Výzkumem se

snažili vyhodnotit účinek poradenského sezení ve spojení s webovou edukací na spokojenost pacientů a funkčních výsledků po operaci. Sezení je přizpůsobeno řešení konkrétních potřeb týkající se předoperační přípravy (co mohou pacienti očekávat v nemocnici, při rehabilitaci atd.) a zodpovídání souvisejících otázek. Téměř 97% pacientů, kteří využili webového portálu, jej doporučují dalším pacientům. Paradoxně 70% pacientů, kteří nevyužili tuto doplňující edukaci, věří, že by z něj měli před operací prospěch (Hospital for Special Surgery , 2016).

## **2. 5. 1 Edukace perioperační sestrou**

Jednou z forem doplňující předoperační edukaci je edukace perioperačními sestrami, jež je v České republice prováděna v některých zdravotnických zařízeních. Mezi zdravotnická zařízení, kde se tato forma edukace provádí, patří například ÚVN v Praze, nemocnice Prostějov, Svitavská nemocnice či nemocnice Třinec.

Pro snížení psychické zátěže nemocného v perioperačním období je žádoucí přidat k aplikaci medikamentů také empatický přístup. Seznámení pacienta s operačními sálami a bezprostřední předoperační přípravou zajišťují v nemocnici Prostějov perioperační sestry. Sestry provádí individuální i skupinovou edukaci dle přání pacientů. Edukační pohovory dokládají fotodokumentací, s níž pacienty seznámí s prostředím, provozem, vybavením i personálem operačních sálů (Šimková, Navrátilová, 2007, s. 3).

Ve Svitavské nemocnici provádějí sestry rozhovory během odpolední směny. Obsahem rozhovorů je popis transportu z lůžka na operační sál, situace na operačním sále a odvozu pacienta ze sálu na oddělení. Důkazem správného rozhodnutí o provádění edukace perioperační sestrou je pozitivní vnímání tohoto kroku samotnými pacienty (Chmelíková, Šilhartová, 2008, s. 62).

V Třinci předávají pacientům před příchodem perioperační sestry edukační příručku. Pacient má čas se důkladně seznámit s jejím obsahem a připravit si konkrétní dotazy. Rozhovory s pacienty vedou sestry také během odpoledne v den před plánovaným výkonem, po skončení operačního programu. Edukační příručka obsahuje fotky jednotlivých výkonů, operačního sálu, bandáže dolních končetin; znázornění překladače na operační stůl, nalepení elektrod, připoutání z důvodu bezpečnosti, zavedení kanyly, natření operačního pole dezinfekcí a zarouškování. Fotky jsou doplněny legendou. Sestry neprobírají s pacienty operační výkon, který je v kompetenci lékařů, ale informují o organizačních záležitostech. Nejčastějšími dotazy pacientů jsou: kdy přijdou na řadu, kdo je bude operovat, jak dlouho bude operace trvat; zda si můžou nechat spodní prádlo, ev. vložku či zubní protézu; zda bude přítomna sestra, která s pacientem vedla rozhovor (přítomnost někoho známého může být pro některé pacienty významné). Perioperační sestry provádějí zápis o edukaci do edukačního listu.

- Význam edukace pro perioperační sestry: mohou se dozvědět další důležité informace o pacientovi, které nemusejí být v dokumentaci zaznamenány (např. alergie, inkontinence apod.).



- Význam edukace pro pacienty: pacient získá pocit, že je o něj jako o člověka zájem; respektování jeho obav, které vycházejí vstříc jeho potřebám; operační sál již není pro pacienta zcela neznámým prostředím, kterého by se měl bát (Matlachová, 2012, s. 41-42).

Edukace anesteziologickou sestrou byla v ÚVN zavedena v roce 2005, probíhá podobným způsobem jako ve výše uvedených zařízeních (Lacinová, 2007, s. 59). Edukace se provádí v případě zájmu pacienta o doplňující informace od anesteziologické sestry, na jeho vyžádání v den přijetí do nemocnice (Obecné informace pro pacienty, 2015).

## 2. 6 Učební pomůcky

Učební pomůcky patří mezi didaktické prostředky. Didaktické prostředky zahrnují všechny prostředky, kterými se pomáhá uskutečňovat výchovný cíl. Dělit je můžeme na materiální a nemateriální (Chromý, 2011, s. 4). Také Magurová a Majerníková (2010) takto popisují jejich dělení. Za učební pomůcky nemateriální povahy považují vědomosti edukátora a edukanta, edukační metody a formy.

Materiální prostředky přispívají k celkové efektivitě vyučovacího procesu. Mohou být využívány dvěma způsoby: buď přímou prezentací, nebo pomocí didaktické techniky. Mezi didaktické techniky patří audio nahrávky, pohyblivé obrazy, audiovizuální nahrávky (video v různých podobách, filmy) a ostatní (vizualizér, dataprojektor). Pomůcky, k nimž této techniky není třeba, jsou předměty reálné skutečnosti (přírodniny, výrobky, výtvary, fyzikální a chemické jevy); dále pomůcky znázorňující a zobrazující předměty a skutečnosti (modely, mapy, fotografie, diapozitivy, obsahy nástěnek); textové pomůcky (učebnice, knihy, časopisy, návody, tabulky). Učebních pomůcek je velké množství, některé si můžeme vyrobit také sami (Chromý, 2011, s. 4, 7-8).

Příkladem efektivnosti učebních pomůcek je prospěšnost videa v následujících zahraničních studiích. V USA v roce 2009 proběhl projekt, při kterém sledovaly účinky předoperačního instruktážního videa. Cílem bylo zajištění důsledného informování pacientů před operací. Podařilo se účinně zvýšit předoperační znalosti a připravenost pacientů, což dokazovaly sestry, které hlásily vyšší úroveň znalostí a zapojení pacientů a jejich rodin v souvislosti s pooperačními činnostmi (Ong et al., 2009). Ve Velké Británii zkoumali vliv předoperačních multimediálních informací na perioperační úzkost u pacientů postupujících výkonu v regionální anestezii. Pacienti také sledovali krátký film. Bylo zjištěno, že informace podávané pacientovi prostřednictvím multimédií snižují perioperační úzkost (Jlala et al., 2010).

## 2. 7 Překážky v edukaci

Překážky mohou být jak na straně zdravotnických pracovníků, tak na straně pacienta či rodiny. Z hlediska zdravotnického je to absence lidského přístupu, přehlížení potřeb pacienta, nevhodná komunikace s pacientem, nepříznivý vliv prostředí, nedostatek

času, shon, rychlé propuštění pacienta z nemocnice, neschopnost týmové spolupráce. Ze strany pacienta to může být stres v akutní i chronické fázi onemocnění, osobnostní rysy pacienta, malá motivace, nepřizpůsobení se nemoci, popření potřeby edukace, neschopnost nést zodpovědnost, bolest, emoce, věk, celkový stav a v neposlední řadě také bariéry jazykové, kulturní a etnické (Svěráková, 2012, s. 37-38). Nedostatek času aj. může být argumentem pro nevhodné či nežádoucí chování zdravotníka, který je na své chování upozorněn. Jedná se o neprofesionální chování, které může pacientovi uškodit (Minibergerová, Jičínská, 2010, s. 55).

Často se může jednat o překážky související s výše zmiňovanou nevhodnou komunikací.

Mezi sestrou a pacientem mohou vzniknout nejrůznější překážky, které brání kvalitní komunikaci. Mezi nejčastější překážky týkající se obou stran patří vnitřní a vnější rušivé vlivy, jazykové překážky, emoce, fyziologické překážky (bolest, únava, nedostatek spánku, smyslové poruchy) a odborné vyjadřování. Dalšími překážkami mohou být například: nejasné nebo nepřesné informace, únik od tématu, vyhýbání se určité problematice, jednosměrná komunikace, nadměrné množství informací pacientovi, neetické chování jako je výsměch, dvojsmyslnost či urážky. Zvládnutí problematiky komunikace pomáhá sestře rozvíjet kvalitní vztah nejen s nemocným, ale také v rámci týmu (Zacharová, 2010, s. 29).

## **2. 8 Role sestry jako edukátorky**

Doby, kdy sestra s absolvováním střední zdravotnické školy skončila také s dalším odborným vzděláváním, jsou dávno pryč. Současnost si žádá, aby se stále rozvíjela, získávala poznatky související s užší specializací a rozvojem medicíny. Získávání nových zkušeností příslušného oboru je v dnešní praxi nezbytností (Zachová, 2010, s. 135). Na konci 20. století a na počátku 21. století došlo k významným změnám ošetrovatelské profese. Jednou z nich bylo, že se ošetrovatelství a jeho nositelky sestry staly edukátory pacientů. Tyto změny jsou výsledkem transformace zdravotnictví a zvyšující se profesionální přípravy (Kutnohorská, 2010, s. 158).

Profesionální role je očekávané a vyžadované chování, související s určitým postavením člověka ve společnosti. Sociální role se vždy odehrávají v párech, protože každý hraje roli ve vztahu k jiné osobě. Formulace specifických rolí dané profese má být zakotvena v zákonech. Každý představitel profese by měl vědět, jaké má vzhledem k roli povinnosti a kompetence. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí (Plevová et al., 2011, s. 81, 84). Výchova ke zdraví patří spolu s ochranou a podporou zdraví ke klíčovým aktivitám sestry. Edukace a edukační proces je jistým prostředkem konkretizace výchovy ke zdraví (Raková, Čičáková, 2012, s. 28).

Zásadami, kterými by se měla sestra jako edukátorka řídit, jsou individuální přístup k pacientovi, trpělivost, takt, empatie. Měla by být ohleduplná k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Délka a čas výuky by se měly řídit potřebami pacienta. Plán edukace

by se měl upravovat dle aktuálních potřeb. Při edukaci by měla odstranit rušivé elementy. Dle možností by měla využít učebních pomůcek (Svěráková, 2012, s. 34).

### 3 Komunikace

Edukace velmi úzce souvisí s komunikací, bez ní by vlastně ani nebyla možná.

Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací. Vytváří se jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, které o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Objektem komunikace je reflexe dané situace, její řešení a společná reakce (Pokorná, 2011, s. 9).

Obecné informace o komunikaci nalezneme ve spoustě zdrojích, z hlediska zaměření této práce si myslím, že není nutné je více rozebírat. V následujícím textu se budu zabývat komunikací specifitější, a to v oblasti zdravotnictví.

*„Komunikace představuje moc. Kdo se naučí ji efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj.“ (Anthony Robbins)<sup>1</sup>*

#### 3. 1 Komunikace v praxi zdravotníků

Komunikovat s druhými se zdá jako dovednost samozřejmá. Teprve různá nedorozumění v průběhu života onu samozřejmost zpochybňují. Správná komunikace s pacientem nemusí být vzhledem k vzdělání zdravotníkům vlastní. Vzdělání lékařů je všeobecně vysoce ceněné. Neznamena to však, že jejich komunikace, která by měla být také projevem správného a etického chování, je správná a je jim vlastní. Někteří lékaři mají dodnes názor, že není třeba se správné komunikaci učit, když ji „mají v sobě“. Podle řady českých odborníků nic není samo sebou, proto je nezbytné se v komunikaci vzdělávat. Teprve osvojení znalostí a dovedností umožní potřebnou a zdůrazňovanou individualizaci přístupu k jednotlivým pacientům. Někteří mají větší či menší nadání komunikovat s pacienty, jejich příbuznými i kolegy, někteří mají větší citlivost k etickým složkám komunikačního procesu. Po dlouhá staletí fungoval paternalistický<sup>2</sup> model vztahu mezi lékařem a pacientem, teprve v závěru 20. století se rozvíjí tzv. partnerský model, v němž se klade větší důraz na pacientovu autonomii. Rozvolnění tradičního paternalistického vztahu však komplikuje vzájemnou komunikaci nebyvalými problémy. K zániku paternalismu došlo z důvodu důrazu na lidská práva a individuální svobody po 2. světové válce, vědeckým pokrokům, vzrůstající vzdělanosti laiků, ale i nárůstu dlouhodobě a chronicky nemocných, kteří si také nárokují vyšší míru informovanosti (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, s. 27-28).

---

<sup>1</sup> Dostupné z <https://duha.mzk.cz/clanky/efektivni-komunikace-ve-sluzbach-1-dil>

<sup>2</sup> Paternalistický= rodičovský, otcovský, nadřazený.

V roce 1970 vznikl první kodex práv pacientů na světě a následně další kodexy, které vyjadřovaly potřeby specifických skupin pacientů. Požadavky pacientů se začaly postupně naplňovat, čímž se učinil krok k partnerství. V roce 1992 byl zveřejněn první kodex Práv pacientů i u nás, z kterého mimo jiné vyplývá právo být informován. Uvedené právo nebylo právně vymahatelné, tak záleželo na zvážení lékaře, nakolik bude otevřeně komunikovat. To se změnilo v roce 2001, kdy byla podepsána mezinárodní smlouva, zkráceným názvem Úmluva o biomedicině. Z ustanovení v této smlouvě, které mají vztah ke komunikaci mezi lékařem a pacientem, je nutné zdůraznit skutečnost, že to, co bylo v etických kodexech Práv pacientů přáním nemocných, až na výjimky se stalo závazným a tudíž i vymahatelným obsahem právní normy. Úmluva o biomedicině se stala nejvyšším zdravotnickým zákonem země (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, s. 30), je nadřazena všem vnitrostátním pramenům práva (Úmluva o lidských právech a biomedicině, 2015).

Důležité je se zamyslet nad smyslem sdělování informací pacientům, má-li být cílem poučený a rozhodnutí schopný pacient, pak je nejen důležité informace třídit, ale také jimi neplýtvat (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, s. 34).

Komunikace má ve zdravotnictví důležitý význam. Umění komunikace neznamena být jen milý, ale také zahrnuje řadu postupů s prokázanou efektivitou. Zdravotník, který je komunikativní, nemusí nutně umět správně s pacientem hovořit. I zkušení lékaři musejí posilovat své komunikační dovednosti. Medicína založená na důkazech jasně poukazuje na fakt, že pokud lékař dokáže vhodným způsobem s pacientem komunikovat, může tak zásadním způsobem ovlivnit celý proces léčby a hospitalizaci. Efektivní komunikace vyžaduje specifické dovednosti, které je třeba se naučit. Kontinuální vzdělávání, které by mělo zahrnovat oblast komunikace, je nedílnou součástí výkonu zdravotnických profesí (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, s. 37, 45). Efektivní komunikace je komunikací otevřenou, při níž nedochází ke zkreslení informací a komunikující si rozumí, ze vzájemné interakce pak mají pozitivní pocit. V případě, že si nepochopí okamžitě, jsou schopni následně vše objasnit. Tímto může dojít k navození důvěryhodného vztahu (Pokorná, 2011, s. 35).

*„Chceme-li, aby nám ostatní rozuměli, jsme schopni to dokázat a najít cestu k porozumění.“ (Pokorná, 2011, s. 95)*

### **3. 1. 1 Komunikace a osobnost sestry**

Komunikace v práci sestry má své výlučné místo. Díky ní získává sestra důležité informace v péči o pacienta. V profesionální přípravě sester je ve výuce preferován rogersovský přístup<sup>3</sup>, který je zaměřen na člověka. Klade důraz na aktivní naslouchání, které podporuje růst člověka. Nejpodstatnější je nepředstírat, protože autentický člověk je schopen respektovat a přijmout toho druhého. Pravidla rogersovského rozhovoru jsou následující: Mluvíme přirozeně, aby nám druhý rozuměl; vyhýbáme se odborným

---

<sup>3</sup> Rogersovský přístup je přístup zaměřený na člověka, který rozpracoval Carl Rogers. Řadí se do hnutí humanistické psychologie (Šiffelová 2010, s. 15).

výrazům, mluvíme konkrétně a jednoznačně, ponecháme druhému dostatek prostoru. Respektujeme individualitu a motivaci ke komunikaci. Využíváme také neverbální komunikaci. K získání důvěry je důležitá shoda verbální a neverbální komunikace. Ověřujeme si, zda pacient porozuměl. Důležité je vhodné načasování komunikace u obou stran. Při získání důvěry získáme i ochotu pacienta ptát se na vše nejasné, získáme tím maximum informací. Vzájemným důvěryhodným vztahem, který si sestra s pacientem vytvoří, zlepšuje efekt edukačního i ošetrovatelského procesu. Nevhodným chováním naopak může efekt devalvovat. Důvěryhodnost dále sestra získává svým vztahem k povolání, kultivovaností projevu a vystupováním, odbornými znalostmi a v neposlední řadě i svým vzhledem (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, s. 240-242). Prvním krůčkem k získání pacientovy důvěry však může být pouhý upřímný úsměv. Majerčíková a Wiczmándyová (2010) uvedly, že když je první slovo sestry spjaté s úsměvem, na pacienta to pak udělá správný dojem a uspokojí ho to.

Sestra má více času na komunikaci s pacientem než lékař, tráví s ním přibližně 70 % pracovní doby. Díky této časové rezervě může být pacient méně ve stresu. Nashromážděné informace o pacientovi sestra předává ostatním členům zdravotnického týmu, zejména lékaři (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, s. 240-242).

Pro efektivní komunikaci jsou důležité komunikační dovednosti. Těmito dovednostmi jsou naslouchání, porozumění a pochopení, zájem, podpora a poskytnutí rady. Zájem je často projevován nonverbálně, je jím myšlena pomoc psychologické povahy. Při podpoře připomínáme pacientovi pozitivní aspekty jeho života. Součástí komunikace je i mlčení jako znamení podpory, na straně pacienta však může být také projevem nedorozumění a nedůvěry (Vybíhalová, 2011, s. 28).

K obecným vlastnostem podporující komunikaci, kromě výše zmiňované autenticity a akceptace, patří neodmyslitelně empatie (Plevová et al., 2011, s. 90). Empatie znamená schopnost vcítění se do duševního stavu druhé osoby. Což znamená umět pochopit, jak a proč člověk jednal, jaké z toho má pocity. Sami však nemáme stejné prožitky jako onen člověk (Vybíhalová, 2011, s. 28). Můžeme říct, že ideální osobnost zdravotníka vlastně neexistuje, specifické vlastnosti se totiž uplatňují individuálním způsobem. Důležitá je proto skladba zdravotnického týmu a jeho přátelská atmosféra. Pro osobnost je však nezbytná zralost, vnitřní stabilita a spíše vyšší frustrační tolerance (Plevová et al., 2011, s. 90).

Vybíhalová (2011) uvedla, že je komunikace nezbytná, nezvratná, neopakovatelná a náročná situace, kterou se zdravotníci, především sestry, učí zvládat v průběhu celé své praxe.

Existuje celá řada faktorů, které komunikaci ovlivňují. V první řadě je to skutečnost, že jsme každý jiný. Ovlivněna je rovněž prostředím, znalostmi, zkušenostmi, ale také emocemi a různými situacemi. Ve zdravotnictví je komunikace jedním z nástrojů práce zdravotníků, proto je důležité si komunikaci osvojit na profesionální úrovni. Komunikovat s člověkem, který je ovlivněn nemocí, trpí bolestí a je ve stresu, není jednoduché. Domluvit se s ním, získat informace a zároveň ho povzbudit, je náročné. Nezvratnost komunikace spočívá v tom, že nemůžeme vzít zpět to, co je jednou řečeno, což je třeba si uvědomovat.

### **3. 1. 2 Problémy v komunikaci lékařů**

Mezi lékaři a pacienty jsou problémy v komunikaci časté, což může vést celkově ke snížení úspěšnosti léčby. Problémy v komunikaci, které vyplynuly z empirických zjištění, jsou následující: nedostatek poskytnutých informací ze strany lékaře; užívání odborných slangů, kterým pacienti nerozumí; lékaři přeceňují čas; vzájemný nesouhlas s důležitostmi sdělovaných informací; nepochopení informací od lékaře; nedostatečné vzdělání lékaře v komunikačních dovednostech (Ptáček, Bartůněk et al., 2011, s. 40-41). Ptáček a Bartůněk (2011) dále uvádějí, že 75% pacientů nemohlo vyslovit své obavy, lékaři se vyhýbají vyjádření pacientových myšlenek a odpovídají pouze na přímé otázky. V roce 2013 provedla Česká lékařská komora a Psychiatrická klinika 1. LF UK výzkum, který prokázal, že největším stresem lékařů je nedostatek času na pacienta. Mnoho lékařů uvedlo, že by pacientům chtěli věnovat více času, ale podmínky v praxi jim to nedovolují (Ptáček et al., 2013, s. 191).

### **3. 2 Komunikace se seniory**

Senioři tvoří převážnou část pacientů na ortopedii. Jejich počet se v populaci stále zvyšuje v souvislosti s prodlužující se střední délkou života, rozvojem medicíny (Senioři a politika stárnutí, 2015) a poklesem porodnosti (Ptáček, Bartůněk, 2014, s. 298), což je možné vyhledat ve statistikách na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR, 2015) nebo Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2015). Komunikace se seniory má svá specifika, proto jsem se jimi chtěla podrobněji zabývat. Během své praxe jsem se setkala se zdravotníky, kteří komunikaci se seniory nepřizpůsobují z důvodu ignorace těchto specifíků, neuvědomění nebo dokonce z nevědomosti.

Ve stáří dochází přirozeně k fyzickým i psychickým změnám organismu, ale také změnám v sociální oblasti. Průběh stárnutí se může u každého člověka lišit. V souvislosti s respektováním změn v období stáří je potřeba přizpůsobit komunikační techniky naslouchajícího, zhodnotit jejich aktuální schopnosti a potřeby. Mezi nejčastější chyby, kterých se při komunikaci se seniory dopouštíme, patří užívání odborné terminologie, nesoulad mezi verbální a neverbální složkou, devalvačním chováním, jednosměrná komunikace bez zpětné vazby (pacient je schopen si po rozhovoru zapamatovat zhruba 10% informací), paternalistický přístup, zkracování času ke kontaktu, přenos vlastních zkušeností do komunikace a předpoklad omezení schopností pacienta v důsledku stáří (Pokorná, 2011, s. 79-88).

Stěžejním prvkem při komunikaci se seniory je samozřejmě senior sám. V určitých případech je však někdy velice důležité zapojení a spolupráce jeho rodiny, mohou nám totiž přispět k získání cenných informací. K seniorům by se měl zdravotník chovat tak, aby je respektoval, dával jim najevo pochopení, měl trpělivost a nezvyšoval na ně automaticky hlas kvůli možné nedoslýchavosti. Měl by být vstřícnější a vlídnější, čímž může zabránit

mnoha komunikačním neshodám a následným vznikům komunikačních bariér (Bártová, 2010, s. 26-29). Asi u 30 % starých lidí se objevuje zhoršení sluchu vedoucí ke snížení schopnosti komunikace, což může vnášet do komunikace problémové momenty (Minigerberová, Jičínská, 2010, s. 33).

Z výzkumu znalostí sester o změnách ve stáří ovlivňujících edukační proces se ukázalo, že polovina dotázaných sester má znalosti pouze dobré. Největším problémem byla právě oblast komunikace. Vzhledem k tomu, že je komunikace prostředkem k uskutečnění edukace, výsledky značí, že většina z dotázaných sester nepřikládá komunikaci důležitost či větší význam. Ze závěrečného shrnutí také vyplynulo nedostatečné uvědomění si vlivů stáří, které mohou působit na proces edukace (Šmídová, Nováková, 2013, s. 28-30).

## **4 Právní aspekty edukace**

V kapitole o komunikaci v praxi zdravotníků jsem se již o právech pacientů zmiňovala Kodexem práv pacientů a Úmluvou o biomedicíně. Úmluva o biomedicíně je považována za nejvyšší právní předpis, co se týče práv pacientů. Z hlediska informací z ní vyplývá právo pacienta znát veškeré shromážděné informace a jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví lze provádět za předpokladu svobodného a informovaného souhlasu. Ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, vyplývá také podmínka informovaného souhlasu a právo být informován.

Etický kodex práv pacientů byl vypracován a schválen Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky. Nejde o právní předpis, ale je možné ho považovat za standard péče (Práva pacientů ČR, 2015). Z kodexu vyplývají, jako z předešlých dvou uvedených právních předpisů, práva pacientů na informace.

### **4. 1 Informovaný souhlas**

Základní myšlenka informovaného souhlasu (dále jen IS, pro tuto kapitolu) je právo každého člověka o sobě rozhodovat. Poskytnutí informací je zákonnou povinností. Před vyjádřením souhlasu má být pacient detailně informován. IS může být ústní, písemnou formu stanovuje zákon jen ve výjimečných případech (např. revers). Každý poskytovatel zdravotní služby sám rozhoduje, u kterých zákroků bude IS vyžadovat písemně (například jednotlivé chirurgické výkony obsahující jejich komplikace a důsledky). O lékařském zákroku musí informovat pacienta výhradně lékař, nikoli zdravotní sestra či jiný zdravotnický pracovník. Při podepsání IS bez rozhovoru s lékařem, je takový souhlas neplatný. Vychází se z toho, že pacient informace neobdržel a jeho práva tím byla hrubě porušena. Z hlediska práva je osobní kontakt prioritní. Evropské soudy opakovaně prohlásily, že důležitější je rozhovor lékaře s pacientem, než podepsaný dokument. Na nedostatek právě těchto rozhovorů si pacienti nejvíce stěžují. V důsledku je přímý rozhovor s pacientem v přítomnosti svědka lepší než spousta formulářů. Právníci

zase radí, co je psáno, je dáno, čímž jsme v zajetí formulářů s různými IS. Písemný IS je žádoucí v případech, při kterých by se mohlo teoreticky stát, že by pacient tvrdil, že příslušné informace neobdržel. Písemná forma je dokladem o poskytnutí veškerých nezbytných informací o lékařském výkonu pacientovi (Pafko, Mach, 2013, s. 459-462). Získání IS s anestezií je nedílnou součástí anesteziologické péče před plánovaným operačním výkonem, je nezbytným předpokladem pro poskytnutí péče. V případech neodkladných výkonů, kdy není vždy možné IS získat, je třeba tuto situaci zdůvodnit v dokumentaci (Málek et al., 2011, s. 76). Před operačním výkonem je důležité získat souhlas nejen s anestezií, ale také souhlas s provedením operačního výkonu, ev. s podáním krevních derivátů.

## 4. 2 Standardy péče

Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní péče. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií. Nejedná se o návrhy zákona či vyhlášky, nestanovují práva a povinnosti jednotlivých poskytovatelů a uživatelů služeb, ale vycházejí z platné legislativy. Standardy si vytvářejí jednotlivá zařízení s ohledem na vlastní podmínky, cílové skupiny apod. Měly by zaručovat určitou úroveň kvality poskytovaných služeb. Služba však nemusí být i za předpokladu jejich naplnění hodnocena jako kvalitní. Jejich smyslem je umožnění posouzení kvality poskytované služby (Malík, Holasová, 2014, s. 54-55). Úroveň a bezpečí poskytovaných služeb hodnotí např. Spojená akreditační komise, která zároveň tvoří a vydává akreditační standardy pro zařízení poskytující zdravotní péči (SAK, 2013, s. 7). Druhá kapitola je v publikaci Akreditační standardy pro nemocnice věnována právům pacientů a jejich edukaci. V tomto standardu se popisuje následující: každý pacient je při přijetí seznámen se svými právy a je o tom učiněn zápis; všichni pacienti jsou informováni způsobem a jazykem, kterému rozumí; veškeré výkony se provádějí se souhlasem pacienta; nemocnice stanoví spektrum výkonů, u kterých je nutný písemný informovaný souhlas- souhlas s přijetím či před jednotlivými výkony s vysokou mírou rizika (SAK, 2013, s. 25-30). Dvě části z tohoto standardu zabývající se přímo edukací:

První z nich je zavedení účinného systému edukace pacientů a jejich blízkých v nemocnici. Nemocnice tento standard naplní vypracováním postupu hodnocení potřeby edukace, rozsahu a způsobu edukace a její dokumentace. Hodnocením potřeby se rozumí, zda má pacient dostatek informací a zda je nutné naplánovat edukační program. Postup stanoví, kteří pracovníci edukaci provádějí. Pokud je to vhodné, jsou edukováni i pacienti blízcí. Druhá část je o vzájemné spolupráci pracovníků nemocnice při edukaci pacienta. Efektivní edukace je totiž také týmovou záležitostí při jejím poskytování a dokumentování. Spolupráce vychází z potřeb pacienta, ne vždy je nutná. Edukující pracovníci by měli mít odpovídající kompetence, znalosti a dovednosti (SAK, 2013, s. 35-36).

Jedním z interních předpisů nemocnice, ve které pracuji, je směrnice o edukaci, ve které jsou popsány kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků. Součástí



směrnice jsou formuláře určené pro dospělou a dětskou část nemocnice, pro centrum následné péče a pro péči o novorozence. Do těchto formulářů zdravotničtí pracovníci zaznamenávají téma a použitou metodu edukace, zda byl pacient schopen edukaci pochopit, případně prokázání příslušné dovednosti po jejím nácviku (např. aplikace Clexane). Formuláře se vkládají do dokumentace pacienta. Edukace podléhá kontrolám interních auditů.

### **4. 3. Kompetence sester v edukaci v České republice**

Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, může všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, v rozsahu své způsobilosti, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační letáky.

Zákon č. 96/2004 Sb., změnil systém vzdělávání sester, s tím pochopitelně souvisí i jejich kompetence (Sehnalová, 2015, s. 28-29). Dle tohoto zákona je pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky povinností se celoživotně vzdělávat, zároveň je požadováno vysokoškolské či vyšší odborné vzdělání pro získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (zákon č. 96/2004 Sb.). Při porovnání činností z vyhlášky č. 55/2011 Sb., se směrnicemi od roku 1967, jsou kompetence v této vyhlášce více zaměřeny na odbornou činnost sester. Ve směrnicích z minulých let se kompetence zaměřují hlavně na ošetrovatelskou péči, organizaci preventivní a následné péče. Z tohoto pohledu se ale zdá, že kompetence zvyšováním vzdělání výrazně navýšeny nebyly, což uvádí například i výzkum Krajské nemocnice Liberec (Sehnalová, 2015, s. 28-29).

Z výzkumného šetření o naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu z roku 2011, které provedla Univerzita Palackého v Olomouci, vychází najevo, že všichni členové ošetrovatelského týmu překračují své kompetence. U sester jsou to především kompetence spadající do kompetencí lékařů. Překračování kompetencí je ve zdravotnické praxi poměrně častým jevem, čímž dochází k porušení zákona č. 372/2011, o zdravotních službách, který zaručuje právo pacienta na poskytování služeb na náležité odborné úrovni (Mikšová, 2014, s. 132-140).

„Čím více vzdělaných sester, tím méně chyb a tím více času na pacienta“, pronesla na konferenci Ministerstva zdravotnictví, která se konala 1. 10. 2015, profesorka Debry Maloy z Texasu (Klímová, 2015), s tímto výrokem souhlasím.

#### **4. 3. 1 Kompetence sester v zahraničí**

Evropská federace asociací sester doporučila používat následující čtyři kategorie zdravotníků: zdravotnický asistent, všeobecná sestra, sestra specialista a sestra s pokročilými kompetencemi. Pokročilé kompetence mimo jiné související s edukací

spočívají ve vedení, edukaci, poskytování rad ostatním zdravotníkům o nejnovějších inovacích a přenášet tyto znalosti také pacientům. V některých zemích (Finsko, Island, Irsko, Holandsko, Norsko, UK) tyto kategorie fungují a jsou zakotveny v právním systému, další země na jejich zakotvení pracují (EFN, 2014).

Sestry s pokročilými kompetencemi tzv. Nurse practitioners, jsou například v USA, kde provádějí práci, kterou u nás vykonávají převážně lékaři. Tato práce zahrnuje základní vyšetření, stanovení diagnózy (Zdravotní sestry ve světě: Jak se jim žije?, 2011) nebo uspávání pacientů před operací (Vávrová, 2015). Tyto specializované sestry, kromě ošetřování nemocných také sdělují výsledky laboratorních testů, provádí poradenství o možnostech zdravotní péče, mohou vykonávat soukromou praxi, na niž dohlíží lékař. Ve státě Arizona pracují sestry zcela nezávisle, bez dohledu lékaře (Větvička, 2011, s. 21-22). Lékaři berou sestry v USA jako plnohodnotné profesní partnery (Vrba, Černá-Šípková, 2006, s. 19). Dalším příkladem země, kde mají zdravotní sestry vyšší míru zodpovědnosti, je Španělsko. Sestry zde mohou například předepisovat léky, určují diagnózu a chodí na denní vizity místo lékaře (Zdravotní sestry ve světě: Jak se jim žije?, 2011).

Profese sester předepisujících léky, o kterých také edukují, je zlegalizovaná v Austrálii, Kanadě, Irsku, Novém Zélandě, Švédsku, Velké Británii a USA. Podmínky předepisování léků sestrami se v jednotlivých zemích liší. Někde mohou předepisovat léky nezávisle, ve většině zemí je však předepisování povoleno pouze pod dohledem lékařů (Kroezen et al., 2011).

## 5 Operační výkony v ortopedii

Tato diplomová práce se konkrétně zaměřuje na ortopedické pacienty podstupující různé operační výkony.

Ortopedie je specializovaný chirurgický obor, který se zabývá vrozenými a získanými vadami a úrazy pohybového ústrojí (Slezáková et al., 2012, s. 70). Chirurgický výkon (operace) je jakýkoliv zásah do organismu s porušením či zachováním celistvosti kůže (Schneiderová, 2014, s. 19).

### 5. 1 Obecné dělení operací

Operace se z chirurgického hlediska dělí na léčebné a diagnostické (Slezáková et al., 2012, s. 76). Léčebné výkony mají za cíl vyléčit pacienta. Diagnostické se provádějí za účelem zjištění příčiny obtíží v případě, kdy nebylo možné zjistit příčinu jinými metodami. Chirurgické výkony lze dělit podle dalších kritérií, například zdali se provádějí ambulantně nebo během hospitalizace. Ambulantní výkony nevyžadují hospitalizaci ani speciální předoperační přípravu. Za hospitalizace se provádějí výkony vyžadující předoperační přípravu a pooperační sledování pacienta kvůli možným pooperačním komplikacím. Z časového hlediska se výkony dělí na plánované, akutní a urgentní. U plánovaných operací se volí vhodná doba pro pacienta i pro zdravotnické zařízení, akutní jsou nutné provést co nejdříve a urgentní nesnesou odklad (Schneiderová, 2014, s. 19-21). Slezáková (2012) nerozlišuje akutní a urgentní výkony, k operaci se v obou případech přistupuje co nejrychleji, po nejnutnější předoperační přípravě či bez ní.

Urgentní výkon je z nedostatku času na přípravu a nedostatku vstupních informací zatížen vyšším rizikem komplikací (Blažek et al., 2012, s. 428).

Z hlediska řešení onemocnění se dělí operace na radikální a paliativní. Radikálním výkonem se onemocnění zcela vyřeší, paliativním by se měla zlepšit pouze kvalita života, nikoliv onemocnění. Dělit výkony můžeme také podle časového plánu na jednodobé a vícedobé, z jejichž názvů vyplývá také počet operací. Z hlediska porušení integrity kůže dělíme výkony na krvavé a nekrvavé. Většina operačních výkonů je krvavých, což je pro chirurgii typické (Schneiderová, 2014, s. 20-21).

Podle míry chirurgické zátěže se výkony dělí do čtyř stupňů. Prvním stupněm jsou malé výkony (např. drenáž abscesu), druhým jsou střední výkony (např. artroskopie), třetím velké výkony (např. laparoskopické výkony) a do čtvrtého stupně řadíme rozsáhlé výkony, kterými jsou např. totální náhrady velkých kloubů, onkologická operativa apod. (Málek, 2011, s. 71).

## 5. 2 Indikace k výkonu

Každý operační zásah představuje pro pacienta velké riziko, proto je nutné zvážit nutnost operace a její indikace musí být zdůvodněna. Indikace k operaci se dělí na vitální, absolutní a relativní. Při vitální indikaci se operace provádí neprodleně k záchraně života. Onemocnění, která nelze řešit jinak než operativně, spadají pod absolutní indikace. Pacienti jsou v tomto případě také ohroženi na životě. V případě relativní indikace lze postupovat i jinou cestou než operační, život pacienta není ohrožen (Slezáková et al., 2012, s. 76).

Ortopedické operace mohou být z indikace absolutní i relativní. Z rozhovoru s jedním z lékařů naší kliniky vyplynulo, že mezi absolutní indikace patří septické stavy nebo různá traumata (např. zlomeniny pánve ohrožující pacienta vykrvácením, zlomeniny diafýzy femuru). Operace s relativní indikací lze provést s časovým odstupem, jsou proto řazeny mezi plánované operační výkony s nutností předoperačního vyšetření a celkové přípravy pacienta.

## 6 Předoperační vyšetření

Předoperační období začíná od doby rozhodnutí se k operaci a končí předáním pacienta na sál. Cílem je vytvořit co nejpríznivější podmínky pro zvládnutí operační zátěže a pooperačního období bez komplikací (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26). Prvním krokem pro vytvoření těchto podmínek je předoperační vyšetření.

Předoperační vyšetření je u plánovaných výkonů v každodenní praxi požadováno po praktickém lékaři nebo internistovi, eventuálně dalších specialistech (Blažek et al., 2012, s. 422). Kdo má provádět předoperační vyšetření, však není striktně stanovené, záleží na uvážení operátora. Praktický lékař by měl provádět vyšetření u pacientů bez závažných onemocnění. U komplikovaných pacientů a plánovaných závažnějších výkonů by mělo být svěřeno do rukou internisty, popřípadě konzultováno s dalšími specialisty. (Kotík, 2012, s. 14). Předoperační vyšetření má tak interdisciplinární charakter (Málek, 2011, s. 69). Důležité informace jsou většinou oborově roztrženy, nejspíš proto je jim málokdy věnována soustředěná pozornost (Kotík, 2012, s. 9). Cílem vyšetření je zhodnocení zdravotního stavu pacienta, stanovení operačních rizik a posouzení způsobilosti pacienta k operačnímu výkonu (Málek, 2011, s. 69). Vycházet by mělo z pečlivého zhodnocení anamnézy, klinického stavu, vyhodnocení výsledků základních laboratorních vyšetření a případného individuálního dovyšetření (Blažek et al., 2012, s. 422). Neexistují žádná závazná doporučení, jaká vyšetření jsou součástí předoperačního vyšetření, do jisté míry záleží na zvyklostech oddělení. Závěrem předoperačního vyšetření je potvrzení o schopnosti či neschopnosti pacienta podstoupit daný operační výkon. Správně provedené předoperační vyšetření významně zkracuje předoperační přípravu (Skřípský, Nováková, 2011, s. 20-23). Nutnost a platnost vyšetření se odvíjí od zdravotního stavu pacienta a zařazení do kategorie dle ASA<sup>4</sup>. Podle doporučení ČSARIM<sup>5</sup> je při malém a středním operačním výkonu platnost vyšetření 1 měsíc, při zvyšujícím se riziku se doba platnosti zkracuje (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 27).

---

<sup>4</sup> ASA klasifikace= American Society of Anesthesiologists, Americká anesteziologická společnost. Používá se pro stanovení operačního rizika, které je vyjádřeno pravděpodobností smrti od zahájení anestezie až do 7. pooperačního dne. Klasifikace podle šesti skupin (I-VI) od zdravého pacienta až po prokázanou smrt mozku. Někdy je doplňkem skupiny I-V písmeno E pro ještě vyšší riziko úmrtí.

<sup>5</sup> ČSARIM= Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 27-28).

## **7 Předoperační příprava**

Kvalita předoperační přípravy významně ovlivňuje operační zákrok a může mít také vliv na vznik perioperačních komplikací (Mormanová, 2014, s. 40). Dokonalá příprava a kompenzace přidružených onemocnění pacientů je jedinou možností, jak omezit riziko předoperačních komplikací (Skřípský, Nováková, 2011, s. 23). Podle druhu a naléhavosti výkonu, a také podle času dělíme předoperační přípravu na dlouhodobou (více než 1 měsíc), střednědobou (1-3 týdny před operací), krátkodobou (do 1 týdne) a bezprostřední (do 1-2 hodin před operací). (Blažek et al., 2012, s. 426-427)

Předoperační příprava začíná již v ambulanci a pokračuje přijetím pacienta na lůžkové oddělení den před plánovaným výkonem (Schneiderová, 2014, s. 24, 28). V České republice probíhá dle mého mínění předoperační příprava včetně edukace vždy ve zdravotnickém zařízení. Opačným příkladem je malá obecní nemocnice v USA (Plymouth, Massachusetts), která posílá již několik let registrované zdravotní sestry na předoperační návštěvu k pacientům domů, kde sestry vysvětlují průběh celé hospitalizace až po rekonvalescenci. Návštěvy doma jsou považovány za úspěšné (z pohledu sestry i pacienta) a zároveň snižují náklady nemocnice (Almada, Archer, 2009).

### **7. 1 Dlouhodobá příprava**

Důležitou součástí dlouhodobé přípravy je informovanost pacienta o výkonu a potřebných krocích v přípravě. Z doporučení je žádoucí zanechat kouření 3-8 týdnů před operací, 3 týdny před operací vysadit hormonální antikoncepci, dále redukce hmotnosti (zejména u náhrad nosných kloubů) a vyléčení infekcí, především respiračních a močových (Blažek et al., 2012, s. 427). Před implantací cizích materiálů je typická sanace infekčních fokusů chrupu (Ferko, 2015, s. 139).

### **7. 2 Střednědobá příprava**

Do střednědobé přípravy patří péče o výživu, změna antikoagulačního režimu, optimalizace léčby arteriální hypertenze, onemocnění štítné žlázy, eventuálně chronické obstrukční plicní nemoci. U plánovaných výkonů se při předpokládané potřebě krevních derivátů upřednostňují autotransfuze, pokud je to možné (Blažek et al., 2012, s. 427).

### **7. 3 Krátkodobá příprava**

Z hlediska chronické medikace zahrnuje krátkodobá příprava v indikovaných případech vysazení antiagregace, antikoagulace a betablokátorů. U pacientů s diabetem mellitus II. typu, který je korigován dietou a perorálními antidiabetiky, se týden před operací převádějí na krátkodobě působící inzulin. Diabetes I. typu vyžaduje nutriční

podporu a nepřetržitou inzulinoterapii. Antikoagulační léčba se včas převádí na frakcionovaný (nízkomolekulární) heparin. Operace se po vysazení Warfarinu může provádět, pokud je hodnota INR pod 1,5. Po některých operacích (např. ortopedických) je profylaxe před tromboembolickou nemocí indikována ještě 4-6 týdnů po operaci. Při dlouhodobé kortikoterapii se kortikoidy před operací vysazují a zajišťuje se její substituce (Blažek et al., 2012, s. 427).

Při získávání informací o jednotlivých úsecích předoperační přípravy jsem narazila na různé pojetí v jejím dělení. Zarazil mě především rozdíl v popisovaných časových rozmezech příprav. V souvislosti s chronickou medikací souhlasím s výše uvedeným časovým údajem krátkodobé přípravy do 1 týdne. Avšak v ostatním souhlasím se Slezákovou (2012), která omezuje krátkodobou přípravu na 24 hodin před výkonem a dělí ji na fyzickou, anesteziologickou a psychickou. Blažek et al.(2012) jednotlivé kroky, jež Slezáková řadí do krátkodobé přípravy, začleňuje mezi bezprostřední přípravu, kterou přitom vymezují na 1-2 hodiny před operací. Přikláním se k dělení Slezákové s podotknutím, že psychická příprava je podle mého názoru důležitá nejen den před operací, ale již od rozhodnutí o operačním výkonu po celou dobu hospitalizace. Obsahově se navzájem doplňují.

### **7. 3. 1 Fyzická příprava**

Každý pacient by měl alespoň 6-8 hodin před výkonem lačnit (Slezáková et al. 2012, s. 97). Dle klinického stavu pacienta se dbá na úpravu hydratace a vnitřního prostředí (Blažek et al., 2012, s. 428). Vyprázdnění tlustého střeva se odvíjí od charakteru a lokalizace výkonu. Močový měchýř se spontánně vyprazdňuje těsně před operací nebo se provádí jeho katetrizace (Slezáková et al. 2012, s. 97). Zavedení močového katetru je vhodné u výkonů v malé pánvi, u imobilních a tam, kde je nutné sledovat diurézu a bilanci tekutin (Blažek et al., 2012, s. 428). Hygienickou péči provádí pacient sám, záleží na stavu soběstačnosti. Během celkové hygieny se věnuje pozornost také nehtům (odlakování), vlasům, používání kosmetických přípravků (odlícení) a také se uvádí dezinfekce pupku (Slezáková et al. 2012, s. 97). Následuje příprava operačního pole oholením, preferuje se holení na sucho. V rámci prevence tromboembolické nemoci (dále TEN) se aplikuje nízkomolekulární heparin a provede se bandáž neoperovaných končetin. Diabetikům se v den výkonu podává substituční infuze glukózy s minerály a inzulinem. U pacientů s kardiostimulátorem a defibrilátorem je důležité zajistit změnu nastavení jejich režimu. Dle rizikovosti a typu operačního výkonu se podává perioperačně ATB profylaxe s cílem prevence infekčních komplikací. Pokud nemá pacient zajištěny autotransfuze, objednají se mu krevní deriváty v množství odpovídající charakteru výkonu. Přípravky se většinou pouze rezervují, vyzvedávají se v případě akutní potřeby (Blažek et al., 2012, s. 428). Pacienti si před operací odloží šperky a snímatelné zubní protézy (Slezáková et al., 2012, s. 97).

### 7. 3. 2 Anesteziologická příprava

Nejčastěji se pacient setkává s anesteziologem den před výkonem na oddělení. Jinou možností je návštěva anesteziologické ambulance, které jsou zřizovány za účelem minimalizace rizika odložení operace. Pacient sem dochází v dostatečném časovém předstihu (Málek, 2011, s. 74). Při některých výjimečných případech, jakými jsou například neodkladné výkony, se může anesteziologické konzilium konat při příjmu nebo až na operačním sále (Zeman, Krška et al., 2011, s. 136). Anesteziologická příprava zahrnuje předanestetické vyšetření, jehož součástí byl měl být odběr anamnézy ze zdravotnické dokumentace a rozhovoru s pacientem, klinické vyšetření v rozsahu základního fyzikálního vyšetření. Dále kontrola laboratorních výsledků a závěru vyšetření, případně jejich doplnění. Při edukaci o anestezii získá anesteziolog informovaný souhlas se zvoleným typem anestezie. V závěru setkání provede lékař zápis o zvoleném způsobu a předepíše předoperační medikaci (premedikaci). (Málek, 2011, s. 74-75)

Předoperační vyšetření anesteziologem je podstatnou součástí předoperační přípravy (Gulášová et al., 2014, s. 39).

### 7. 3. 3 Psychická příprava

Operační výkon je u všech pacientů spojen s pocity úzkosti a strachu. Psychická příprava má za cíl minimalizovat strach a stres před operací (Wendsche et al., 2012, s. 65). Nejen samotná operace, ale také zdravotnické zařízení, které je cizím a nepřírodným prostředím, je pro každého pacienta do určité míry stresující (Gulášová et al., 2012a, s. 27). Pacient se dostává do situace, kterou nemůže plně ovlivnit a je tak odkázán do péče zdravotníků a musí jim důvěřovat. Operace je pro organismus také stresem z biologického hlediska (např. krevní ztráta). Pokud se k takovému stresu připojí velká psychická zátěž, může dojít k zbytečným pooperačním komplikacím. Příkladem těchto komplikací jsou embolie. Reakce pacientů na tuto zátěž jsou rozličné, mnohdy zcela jiné než očekává okolí (Wendsche et al., 2012, s. 65-66).

Spousta zahraničních studií prokázala vliv předoperační edukace na snížení předoperační úzkosti (např. Gupta, 2016; Aydin et al., 2015; Friedman et al., 2011, Jlala et al., 2010). McDonaldova studie (2014) uvedla, že předoperační edukace může snížit riziko nežádoucích účinků operace, zejména u pacientů s depresí, úzkostí nebo nerealistickým očekáváním. V České republice například Kocourková (2014) popisuje výzkum realizovaný v Brně, kterým bylo zjištěno, že předoperační edukace přispívá k omezení strachu a úzkosti před operací.

Důsledky nezvládnutého strachu mohou být následující. Mírná apatie, která se považuje za běžnou pooperační reakci, může však signalizovat hlubší pooperační depresi. Dalšími důsledky jsou potlačovaný nebo zvýšený pooperační strach. Zvýšený strach může způsobovat poruchy močení, zvracení a jiné komplikace, všeobecně zpomaluje hojení a zotavování. Můžeme se také setkat s dezorientací, euforičností a vystrašeností (Gulášová et al., 2012b, s. 42-43).



Pro snížení obav, úzkostí a strachu pacienta, hraje rozhovor s lékařem velmi důležitou roli. Informace by měly být poskytnuty v dostatečném časovém prostoru, aby se pacient mohl vnitřně na operaci připravit (Wendsche et al., 2012, s. 66). Pacient s dostatkem informací je klidnější, protože ví, na co se má připravit a co má očekávat. Nejvhodnější způsob informování je ústní formou s poskytnutím letáků či brožur s důležitými informacemi. Základem úspěchu efektivní informovanosti jsou srozumitelné informace s důrazem na kvalitu a kvantitu poskytovaných informací s následným rozšiřováním informací (Gulášová et al., 2014, s. 38-39). Na psychické přípravě se podílejí nejen lékaři, ale i sestry (Slezáková et al., 2012, s. 97). Sestry uplatňují edukační i ošetrovatelský proces. Při sběru anamnézy monitorují problémy a hledají jejich řešení. (Gulášová et al., 2012b, s. 42-43).

K základním postupům předoperační přípravy pro zvládání strachu patří farmakologická opatření a psychologický přístup. Medikamentózní příprava někdy dominuje nad jinými možnostmi. V zásadě se používají dva postupy. Podání hypnosedativ večer před operací, čímž dosáhneme zklidnění pacienta a navodíme spánek. V den operace aplikujeme léky ovlivňující psychiku. Léky na premedikaci se používají různé, dle zvyklostí pracovišť (Gulášová et al., 2012b, s. 42-43). Psychologický přístup by měl být základem celého procesu (Gulášová et al., 2014, s. 39).

Na co se člověk připraví, to také lépe snáší (Wendsche et al., 2012, s. 66).

## **7. 4 Bezprostřední příprava**

Bezprostřední příprava se vztahuje na období do 2 hodin před operací. Je zaměřena na následující intervence. Aplikujeme bandáže či elastické punčochy jako součást prevence tromboembolické nemoci (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 36). Zkontrolujeme, zda na sobě nemá pacient šperky, snímatelné zubní protézy a jiné odstranitelné pomůcky. Pro snížení rizika aspirace by mělo uplynout alespoň 6 hodin od posledního příjmu stravy a 2-4 hodiny od požití čirých tekutin. Dlouhodobé lačnění vede k hromadění kyselého žaludečního obsahu a tím jsou naopak pacienti více ohroženi aspirací, než pokud lační doporučenou dobu (Málek, 2011, s. 81). Příjem tekutin je možný v přiměřeném množství do 2 hodin před operací. V této době většinou pacienti zapíjí perorální premedikaci (Zeman, Krška et al., 2011, s. 137). Mezi další intervence patří zavedení invazivních vstupů a aplikace léků dle ordinace lékaře (premedikace, infuzní terapie, ATB aj.), vyprázdnění močového měchýře, kontrola operačního pole a v neposlední řadě kontrola dokumentace. Příprava se může ještě dále specifikovat díky přidruženým onemocněním (např. diabetes mellitus). (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 36-37)

## 8 Premedikace

Příprava nemocného k operaci vrcholí premedikací (Zeman, Krška et al., 2011, s. 137). Složení a načasování je závislé na typu operace, onemocnění pacienta a dalších faktorech, které posuzuje a naordinuje anesteziolog v rámci předanestetické přípravy (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 36). Premedikace je podávání léků před operačním výkonem s cílem zmírnit strach a úzkost, snížit sekreci v ústech a dýchacích cestách, umocňovat hypnotický efekt celkových anestetik, snižovat výskyt pooperační nauzey a zvracení, oslabovat vagové reflexy, zajišťovat amnézii a poskytovat bazální analgezii. Večer před operací se podávají léky zajišťující sedaci a anxiolýzu, jedná se o tzv. prepremedikaci. Premedikací se rozumí podání farmak cca do 30 minut až 1 hodiny před výkonem/úvodem do anestezie (Málek, 2011, s. 76-77). V případech, kdy do operace zbývá 30 minut, je možné premedikaci vynechat (Jindrová et al., 2011, s. 20). Po podání premedikace již pacient nevstává, dohlíží na něj ošetřující personál (Zeman, Krška et al., 2011, s. 137).

Látka k premedikaci se používá mnoho. Při jejich výběru záleží na zvyklostech pracoviště, zvyklostech anesteziologa, jeho oblíbených a osvědčených kombinacích a stavu pacienta (Málek et al., 2011, s. 78). Premedikace se preferuje podávat perorálně (Jindrová et al., 2011, s. 20). Nejčastěji se k navození anxiolýzy používají benzodiazepiny (Málek et al., 2011, s. 76-80). Při užívání chronické medikace je vždy třeba myslet na interakci s farmaky používanými k celkové nebo regionální anestezii (Jindrová et al., 2011, s. 21).

## 9 Úloha sestry v předoperační přípravě před ortopedickým výkonem

Úloha sestry spočívá převážně v edukaci pacienta před operací ve všech zmiňovaných typech příprav. I když se domnívám, že jsou informace podávány ve většině zařízení stejně, přece jen se mohou v některých detailech lišit. Níže uvedené informace se týkají informací, které poskytuje sestra pacientovi během předoperační přípravy. Tyto informace vycházejí především z mé praxe.

Někteří pacienti si nedokážou představit, co je v souvislosti s operací čeká a jak zákrok ovlivní jejich život po propuštění z nemocnice. Součástí předoperační přípravy je mimo jiné poskytnutí informací o zajištění domácího prostředí vhodnými pomůckami, a jaké si má vzít s sebou do nemocnice (Sigmundová, 2010, s. 32-33). Mezi pomůcky, které je nutné si vzít s sebou, patří především berle (francouzské, podpažní). Pokud pacient berle nevlastní, zajistíme mu je vystavením poukazu. Nové berle hradí pojišťovna jednou za dva roky. Dále si do nemocnice přinese vhodnou obuv. Obuv by měla mít protiskluzovou podrážku a měla by být dostatečné velikosti pro dolní končetinu s bandáží.

K zajištění domácího prostředí (dle typu výkonu) je vhodné si opatřit madla do koupelny a na WC, nástavec na WC (poukaz na WC vystavujeme v den propuštění na vyžádání pacienta) a sedačku do vany či protiskluzovou podložku. K usnadnění sebeobsluhy po totální endoprotéze kyčle je možné si obstarat navlékač ponožek, ruční podavač či dlouhou nazouvací lžici. Pro prevenci luxace kyčle je důležitý abdukční klín nebo menší a silnější polštářek (Sigmundová, 2010, s. 32-33). Můžeme také doporučit kvalitní matraci a vyšší postele, vysoké a tvrdé židle.

Týden před operací je pacient telefonicky informován o termínu operace. Den nástupu do nemocnice bývá zpravidla den před operací. Popíšeme mu, kam se v den příjmu dostaví (příjmací kancelář). Během telefonického rozhovoru je mu doporučeno, jaké si má vzít s sebou osobní věci (včetně pomůcek) a jakou musí mít s sebou dokumentaci.

Dokumentací máme na mysli:

- kartu pojišťovny
- občanský průkaz
- součásti předoperačního vyšetření:
  - laboratorní výsledky krve a moči
  - popis EKG- u pacientů nad 40 let
  - RTG vyšetření srdce a plic (popis, ev. snímek)- u pacientů nad 60 let, kuřáků, onemocnění plic
  - vyšetření internistou nebo obvodním lékařem s vyjádřením schopnosti pacienta absolvovat operační výkon
  - vyšetření specialistů (kardiologické, diabetologické, zubní atd.)
  - u žen gynekologické vyšetření

Pokud se u pacienta před operací vyskytne jakákoliv infekce, většinou respirační nebo urologická, je nutné operaci odložit do doby, než je infekce vyléčena, aby nedošlo k pooperačním komplikacím. Pacient si s lékařem dojedná náhradní termín operace. Dalšími důvody k odložení operace je dekompenzované onemocnění, nedostatečně vyšetřené komplikující onemocnění, neznámá předchozí medikace, nedostatečně časově vysazená antikoagulační léčba atd. (Málek, 2011, s. 72).

V příjímací kanceláři provede příjímací sestra potřebnou administrativu, kterou pacient následně předá sestře na oddělení. Sestra seznámí pacienta s oddělením, uvede ho na pokoj a vysvětlí mu s časovou posloupností, co ho dále čeká. V den příchodu je pacient zavalen velkým množstvím informací, proto je na pokoji k dispozici manuál s informacemi týkající se hospitalizace a také předoperační přípravy. Na tento manuál upozorníme pacienta při uvádění na pokoj. Dále sestra zkontroluje, uspořádá a doplní dokumentaci, dle ordinace lékaře odebere vzorek krve pro zajištění krevních derivátů. Dokumentaci předá lékaři, který provede příjem pacienta. Lékař poskytne doplňující informace o operačním zákroku (většinu informací podává pacientovi operatér již v ambulanci po indikaci k výkonu) a podepíše s pacientem souhlas s operací, souhlas s hospitalizací a případně souhlas s podáním krevních derivátů.

Během odpolední předoperační přípravy edukuje sestra pacienta o přípravě operačního pole, lačnění a vyprazdňování, dle typu výkonu o pobytu na JIP, o prevenci TEN, poskytne informace o pořadí na sále a předpokládaném času operace, doby jejího trvání, případně jméno operujícího lékaře a jeho asistenta/asistentů a o pooperačním průběhu. Operační pole holí (nasucho) výhradně sestra a to den před operací, aby se zamezilo porušení kůže, které by mohlo vést k odložení operace. Doba lačnění se může upravovat dle pořadí na sále, typu výkonu a typu anestézie, doporučována je však od půlnoci vzhledem k možné změně tohoto pořadí. Od půlnoci je také doporučováno nekouřit.

Vyprazdňování se provádí většinou pomocí dvou glycerinových čípků, které si pacient zavede sám nebo za pomoci sestry. U menších výkonů nebo u pacientů s ohledem na pozdější pořadí na sále, podáváme večeri a čípky si zavádějí o dvě hodiny později. U diabetiků léčených inzulínem podáváme dvě hodiny po večeri jednorázové mikroklyzma.

Během odpoledních až večerních hodin pacienta zpravidla navštíví anesteziolog, který předepíše premedikaci, podepíše s pacientem souhlas s anestézií a naordinuje případné doplňující odběry krve či vyšetření. Pokud anesteziolog nedorazí, anesteziologická příprava probíhá většinou na sále.

Prováděné typy anestezii:

- celková (nejčastěji)
- spinální (subarachnoideální) nebo epidurální
- lokální (při drobných zákrocích, méně časté)
- blokády nervových pletení (výjimečně)

Noční směna podá pacientovi večerní a ranní premedikaci, chronickou medikaci, aplikuje Clexane k prevenci TEN, ráno měří fyziologické funkce (TT, TK, P), vyzve pacienta k celkové hygieně a po ní zavede u žen permanentní močový katétr dle stanovených kritérií (věk nad 65 let, reimplantace velkých kloubů, spinální nebo epidurální anestezie u velkých výkonů). Po podání ranní premedikace je pacientovi doporučeno již nevstávat z lůžka z důvodu bezpečnosti. Ranní premedikaci s chronickou medikací pacienti zapíjejí malým množstvím čaje. Denní směna následně provede úpravu lůžka, bandáž dolních končetin a převlékne pacienta do empíru, který slouží pouze k převozu na sál. Těsně před odjezdem na sál zkontroluje znovu pacientův chrup, šperky a dokumentaci. Při potřebě antibiotické profylaxe přikládá sestra k dokumentaci ordinovaná antibiotika, jejichž první dávka je aplikována během operace. Sestra také informuje pacienta o cestě na sál. Převoz, který zajišťuje sálový sanitář, je uskutečněn vždy na lůžku. Sanitář odveze pacienta na předsálí, kde se pacient přesouvá přes pohyblivý pás na operační lůžko.

Již před operací může sestra edukovat pacienta o rehabilitaci v rámci hospitalizace, následné rehabilitaci a jejích možnostech po ukončení hospitalizace. V případě dotazů informuje také o lázeňské péči. Zajištění následné rehabilitace má většinou na starost staniční sestra.

U pacientů s přidruženým onemocněním má předoperační příprava svá specifika. Nejčastěji se vyskytujícím onemocněním je diabetes mellitus a revmatoidní artritida. Důležité je dohlédnout na úpravu medikace, u diabetu kontrola glykémie a zavedení periferního žilního vstupu pro aplikaci infuzí dle ordinace lékaře. U ostatních operantů se zavádí periferní žilní vstup na operačním sále. Infuze se u diabetiků ráno podává z důvodu lačnění, u revmatiků z důvodu náhrady perorální medikace. Mezi další specifické skupiny patří pacienti s kardiovaskulárním onemocněním, kdy je v případě zavedeného kardiostimulátoru nutné jej před operací přeprogramovat. V některých případech se ještě v den operace provádí kontrolní ECHO. Astmatici jsou poučeni o tom, že si mají vzít s sebou na sál inhalační léky. Ojedinele se mohou na oddělení vyskytovat pacienti s poruchou krvetvorby, u nichž se podávají v den operace krevní deriváty.

Během informování a seznamování pacienta s oddělením, se pacientovi nasadí na ruku identifikační náramek. Na našem oddělení máme určité zásady pro nasazování těchto náramků. Pacientovi, který bude podstupovat operaci na pravé dolní končetině, se náramek nasadí na pravou horní končetinu a u levých končetin opačně. U operací na horních končetinách se náramek nasazuje na dolní končetinu příslušné operované strany. Odůvodnění toho postupu spočívá v tom, že se na neoperované končetině zavádí periferní žilní vstup.

Po edukaci pacienta provádějí zdravotničtí pracovníci (sestry, fyzioterapeuti) zápis o edukaci do příslušného záznamu (Informační a edukační záznam), který je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

## 10 Výzkumné šetření

### 10. 1 Výzkumné cíle

*Hlavní cíl:* Zhodnotit úroveň a efektivnost edukace pacienta sestrou před anestezií z pohledu pacienta i pohledu sestry.

*Dílčí cíl č. 1:* Zjistit míru spokojenosti a informovanosti pacientů před operací.

*Dílčí cíl č. 2:* Zhodnotit kvalitu a obsah edukace prováděné sestrou.

*Dílčí cíl č. 3:* Zjistit současné kompetence sestry v edukaci pacientů před anestezií.

*Dílčí cíl č. 4:* Při identifikaci případných nedostatků vycházejících z výzkumu podat návrhy na jejich řešení.

### 10. 2 Metodika výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Dotazníky byly vytvořeny na základě cílů práce, v souladu s její teoretickou částí a na základě zkušeností z praxe. Na podporu k dosažení cílů byly vytvořeny dotazníky pro pacienty i pro sestry (viz příloha č. 3 a č. 4). Po písemném vyjádření souhlasu přednosta kliniky, hlavní a vrchní sestry s provedením výzkumu byla předložena žádost o výzkumu etické komisi. Po schválení etické komise (k nahlédnutí u autora práce) bylo nejprve provedeno pilotní šetření s cílem zjistit, zda jsou otázky srozumitelné a zdali je dotazník funkční. Toto předvýzkumné šetření zahrnovalo deset dotazníků od sester a deset od pacientů, které nebyly následně zahrnuty do výzkumu. Po minimálních úpravách, které nebyly nijak zásadní, byly dotazníky rozdávány cíleným respondentům.

Výzkumný soubor tvořily již zmíněné dvě skupiny osob. První skupinu tvořili pacienti po ortopedických operacích různého typu na standardním oddělení ortopedické kliniky fakultní nemocnice. Sestry pracující na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče této ortopedické kliniky, které edukují pacienty před operací, tvořily skupinu druhou. Sestrám byly dotazníky distribuovány na jednotlivá pracoviště. Pacientům byly rozdávány vždy v den jejich propuštění, aby docházelo k minimálnímu ovlivnění výsledků vzhledem k jejich závislému postavení na sestře, která se o pacienta převážně starala. Na začátku sběru dat předávaly pacientům dotazníky také mé kolegyně, avšak většinu z nich jsem jim v průběhu sběru rozdala sama.

Sběr dat probíhal od poloviny února 2016 do poloviny dubna 2016. Za toto období bylo pacientům rozdáno 115 dotazníků, z nich bylo 111 vyplněno. Dva pacienti neměli k dispozici brýle, proto dotazník nemohli vyplnit. Další dva pacienti dotazník vyplnit odmítli. Sestrám bylo rozdáno na každé pracoviště ortopedické kliniky po 15 dotaznících,

celkem 90 dotazníků, z nichž se vrátilo 45. Návratnost dotazníků od pacientů byla 96,52 %, od sester 50 %. Vyřazeny byly z důvodu neúplného vyplnění 3 dotazníky od pacientů a z důvodu nesprávného vyplnění 2 dotazníky od sester. Ke zpracování výsledků bylo následně zařazeno 108 dotazníků od pacientů a 43 od sester.

Účast pacientů a sester na výzkumu byla zcela dobrovolná a anonymní. Anonymita a důvěrnost byla u pacientů zajištěna tím, že měli k dispozici ke každému dotazníku prázdnou obálku, do které dotazník vkládali, obálku zalepili a poté ji vhazovali do uzavřené, označené krabice na místo tomu určené. Tento postup byl popsán na konci dotazníku, ale také ústně vysvětlen při osobním předávání dotazníků. Většina dotazníků byla do této krabice vhozena, avšak někteří zalepené obálky zanechávali na pokojích. Sestry vždy vkládaly vyplněné dotazníky do jedné obálky spolu s nevyplněnými, kterou jsem si osobně na jednotlivých odděleních vyzvedávala. Anonymita obou skupin respondentů byla tak uvedenými způsoby zachována.

Zpracování dat bylo provedeno v programu Microsoft Excel a Microsoft Word 2007 pro psaní textu a tvoření tabulek a grafů. Interpretace výsledků je prostřednictvím sloupcových grafů a tabulek s absolutní a relativní četností.

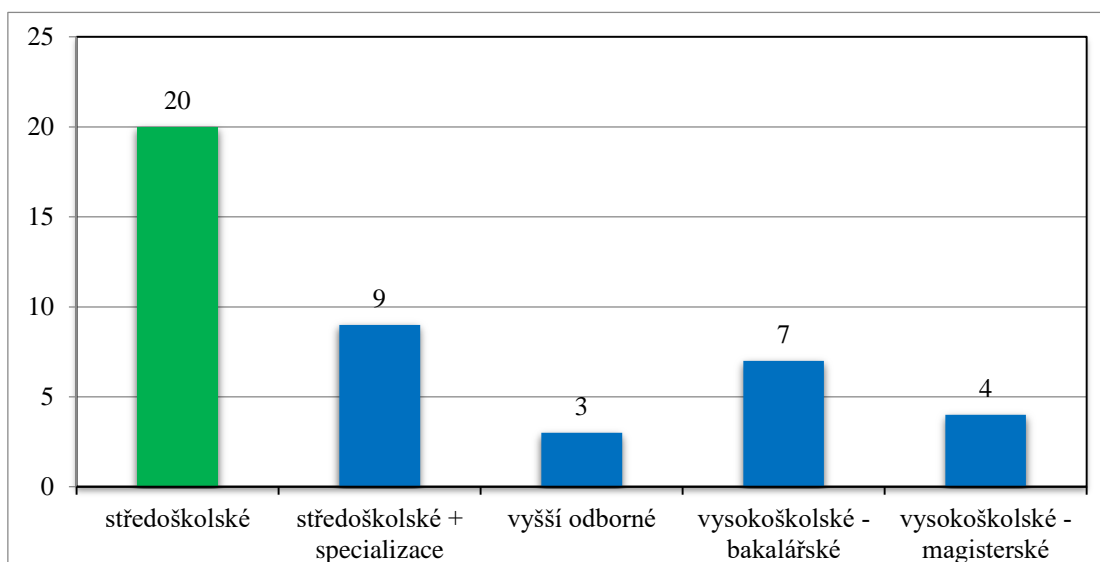
## **10. 4 Výsledky výzkumu a jejich analýza**

V následující fázi výzkumu jsou převedeny poznatky z dotazníků do grafů a tabulek. Nejprve je zpracován dotazník pro sestry, na který navazuje dotazník pro pacienty. V grafech je pro lepší vizualizaci znázorněna nejčtenější hodnota odlišnou barvou. V tabulkách jsou hodnoty znázorněny v absolutní a relativní četnosti. Relativní četnost je udávána v procentech na dvě desetinná místa. Četnost udává, kolik hodnot daného znaku se vyskytuje ve statistickém souboru vzhledem k celkovému počtu prvků souboru (Základy statistiky, 2014).

## 10. 4. 1 Výsledky a analýza dotazníků sester

**Otázka č. 1: Uved'te, prosím, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Graf č. 1 - Vzdělání sester



Tabulka č. 1 – Vzdělání sester

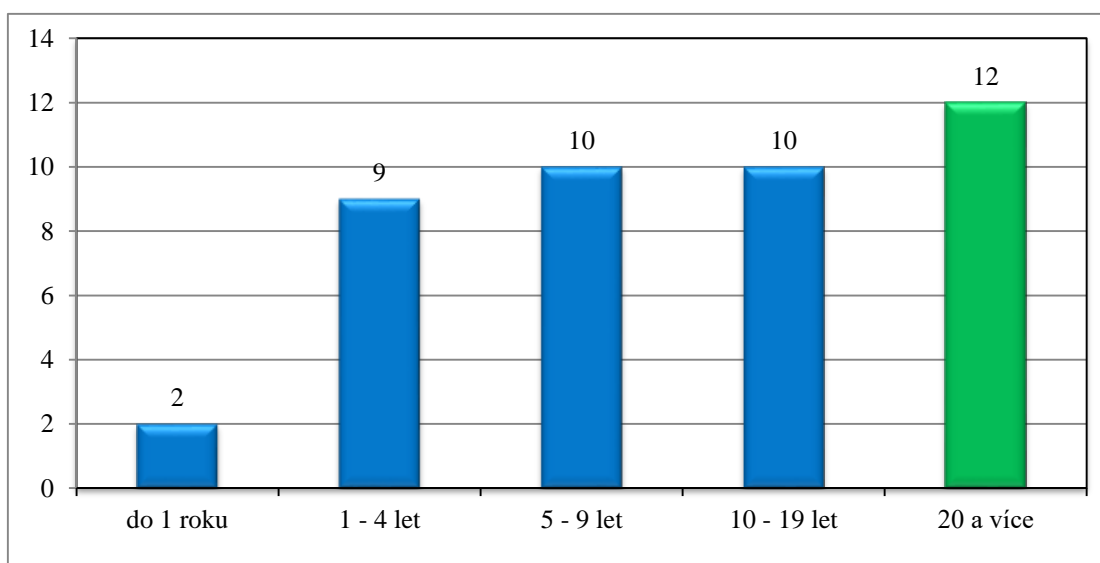
Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
středoškolské	20	46,51 %
středoškolské + specializace	9	20,93 %
vyšší odborné	3	6,98 %
vysokoškolské - bakalářské	7	16,28 %
vysokoškolské - magisterské	4	9,30 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 1 a tabulka č. 1 uvádí, že 20 sester (46,51 %), které vyplňovaly dotazník, má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. 9 sester (20,93 %) má ke středoškolskému vzdělání specializaci. Vyšší odborné vzdělání mají 3 sestry (6,98 %). Vysokoškolské vzdělání má celkem 11 sester (25,58 %), z toho 7 sester (16,28 %) dosáhlo bakalářského titulu a 4 sestry (9,30 %) magisterského.



## Otázka č. 2: Jaká je délka Vaší praxe?

Graf č. 2 – Délka praxe



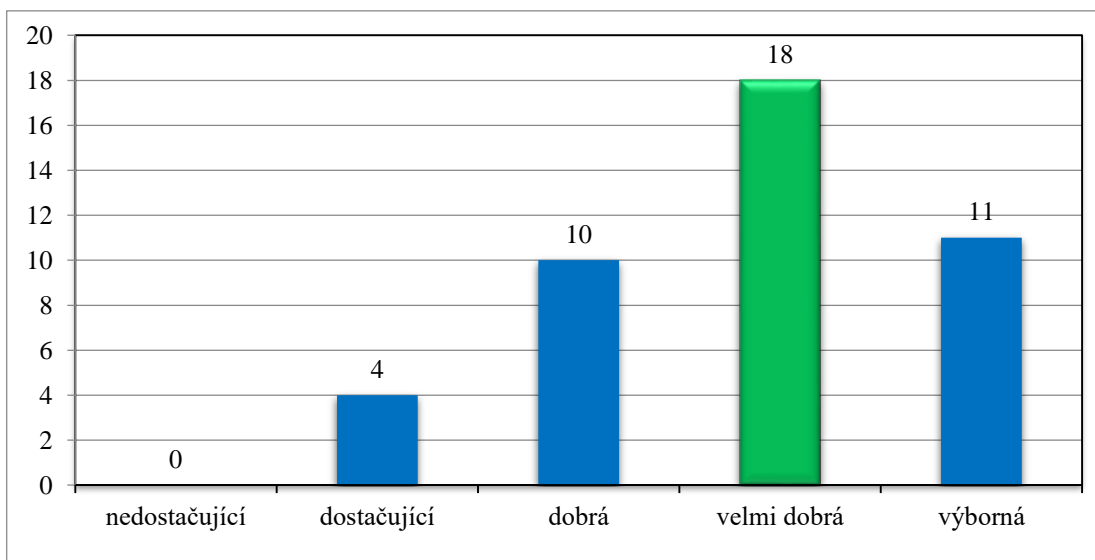
Tabulka č. 2 – Délka praxe

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 1 roku	2	4,65 %
1 – 4 let	9	20,93 %
5 – 9 let	10	23,26 %
10 – 19 let	10	23,26 %
20 a více	12	27,91 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 2 a tabulka č. 2 představuje délku praxe sester. 2 sestry (4,65 %) pracují na ortopedické klinice fakultní nemocnice do 1 roku, 9 sester (20,93 %) 1 – 4 let, 10 sester (23,26 %) 5 – 9 let, dalších 10 sester (23,26 %) 10 – 19 let a 12 sester (27,91 %) uvedlo, že pracuje na klinice 20 let a více let.

### Otázka č. 3: Jak hodnotíte komunikaci sester s pacienty na Vašem oddělení?

Graf č. 3 – Hodnocení komunikace sester s pacienty



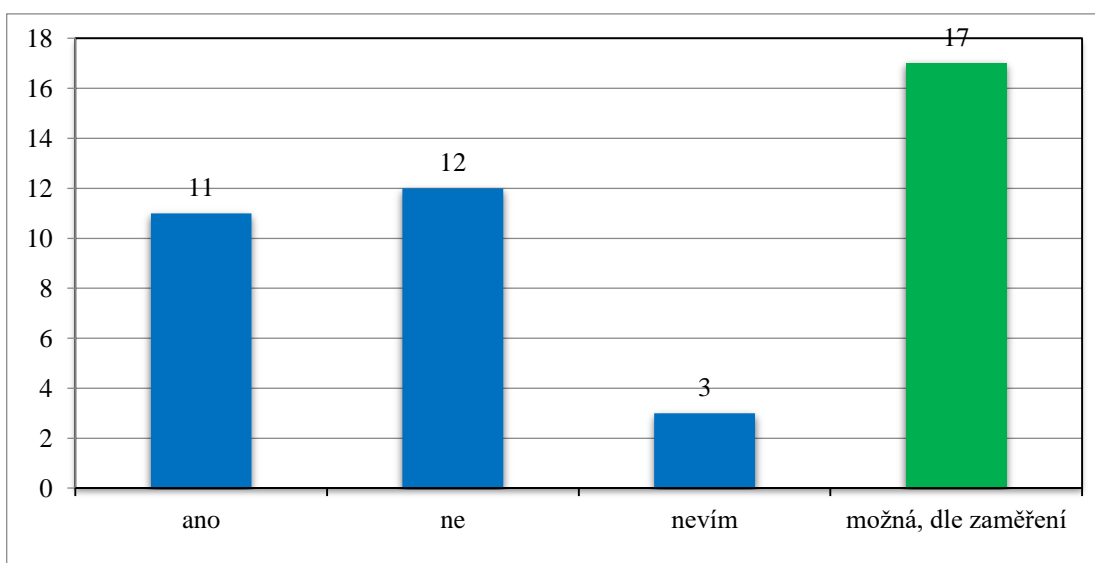
Tabulka č. 3 - Hodnocení komunikace sester s pacienty

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostačující	0	0,00 %
Dostačující	4	9,30 %
Dobrá	10	23,26 %
Velmi dobrá	18	41,86 %
Výborná	11	25,58 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

V této otázce měly sestry celkově ohodnotit komunikaci sester s pacienty na svém oddělení. Hodnocení komunikace jako nedostačující, neuvedla žádná respondentka. 4 sestry (9,30 %) ohodnotily komunikaci jako dostačující, 10 sester (23,26 %) vnímá komunikaci jako dobrou, 18 sester (41,86 %) ji vnímá jako velmi dobrou a 11 (25,58 %) sester až výbornou.

#### Otázka č. 4: Měl/a byste zájem rozšířit Vaše znalosti v komunikaci?

Graf č. 4 – Zájem o rozšíření znalostí v komunikaci



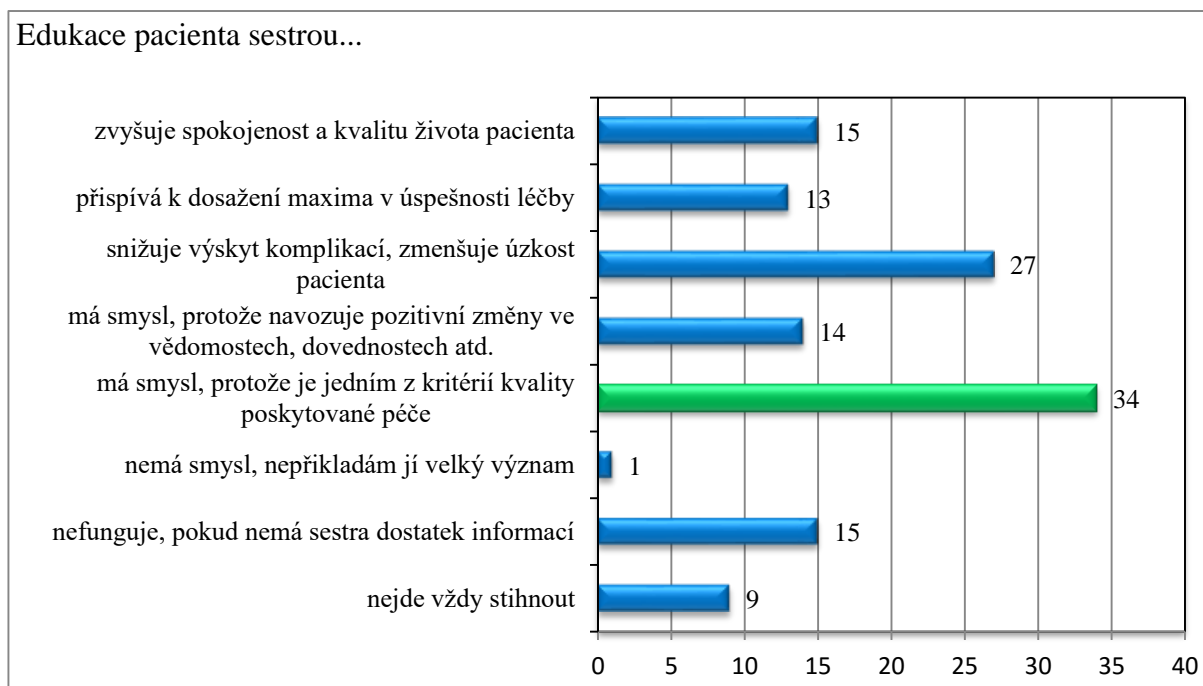
Tabulka č. 4 - Zájem o rozšíření znalostí v komunikaci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	25,58 %
Ne	12	27,91 %
Nevím	3	6,98 %
Možná, dle zaměření	17	39,53 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

V otázce č. 4 mě zajímalo, zda by měly sestry zájem rozšířit své znalosti v komunikaci. Jako uvedený příklad k rozšíření znalostí byl seminář či kurz, buď s obecným zaměřením na komunikaci ve zdravotnictví, nebo se specifickým tématem např. komunikace se seniory, komunikace se zmatenými pacienty apod. 11 sester (25,58 %) odpovědělo, že by mělo zájem rozšířit své znalosti v komunikaci, 12 sester (27,91 %) by naopak zájem nemělo. Jedna z těchto 12 sester zájem o rozšíření znalostí v komunikaci neměla z toho důvodu, že již nějaký seminář či kurz absolvovala, což vedle otázky poznamenala. 3 sestry (6,98 %) odpověděly, že neví, zda by měly zájem a u 17 sester (39,53 %) by možný zájem byl, záleželo by však na typu zaměření semináře či kurzu.

**Č. 5: Označte všechna konstatování, s nimiž souhlasíte.**

Graf č. 5 – Význam edukace pacienta sestrou



Tabulka č. 5 – Význam edukace pacienta sestrou

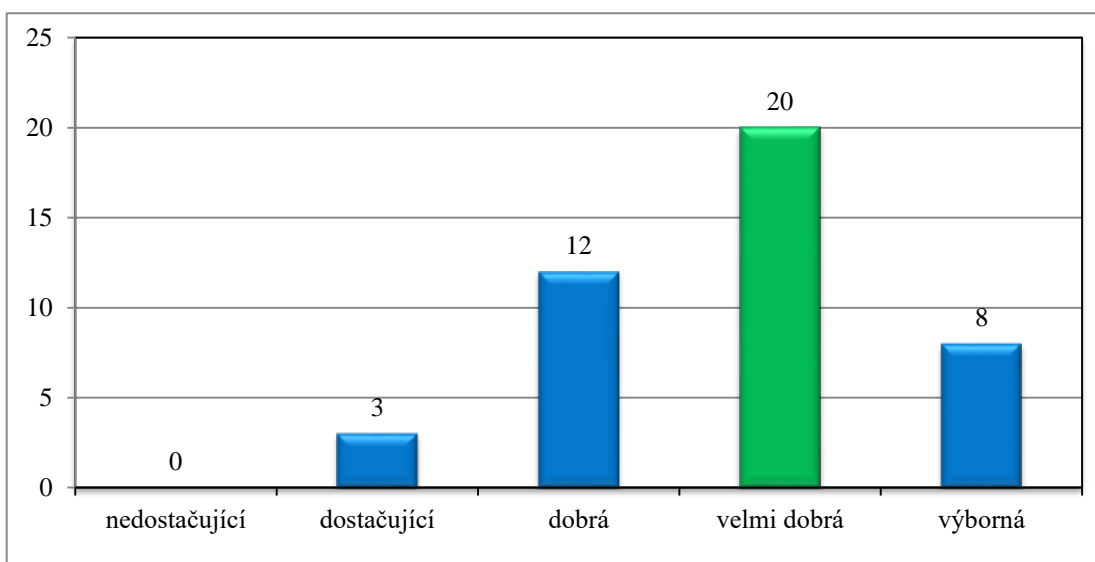
Jednotlivá konstatování	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zvyšuje spokojenost a kvalitu života pacienta	15	34,88 %
Přispívá k dosažení maxima v úspěšnosti léčby	13	30,23 %
Snižuje výskyt komplikací, zmenšuje úzkost pacienta	27	62,79 %
Má smysl, protože navozuje pozitivní změny ve vědomostech, dovednostech atd.	14	32,56 %
Má smysl, protože je jedním z kritérií kvality poskytované péče	34	79,07 %
Nemá smysl, nepřikládám jí velký význam	1	2,33 %
Nefunguje, pokud nemá sestra dostatek informací	15	34,88 %
Nejde vždy stihnout	9	20,93 %

Další položka v dotazníku nebyla přímou otázkou. Jednalo se o nabídku konstatování a možnostech doplnění věty: Edukace pacienta sestrou, což znamenalo vyjádření se k významu edukace. Sestry měly označit jedno nebo více konstatování, s nimiž souhlasí. Graf č. 5 a tabulka č. 5 znázorňují možnosti konstatování a uvádějí také, jaké možnosti

byly sestrami zvoleny. Možnost zvyšování spokojenosti a kvality života pacienta zvolilo 15 sester (34,88 %). Jedna sestra nejspíš pro zdůraznění významu dvakrát podtrhla slovo spokojenost v této možnosti. Edukace sestrou přispívá k dosažení maxima v úspěšnosti léčby, s tímto souhlasilo 13 sester (30,23 %). 27 sester (62,79 %) označilo výrok, že se edukací snižuje výskyt komplikací a zmenšuje úzkost pacienta. 14 sester (32,56 %) si myslí, že edukace má smysl, protože navozuje pozitivní změny ve vědomostech a dovednostech. Nejvíce označovaný výrok byl: edukace pacienta sestrou má smysl, protože je jedním z kritérií kvality poskytované péče (34x, což činí 79,07 %). 1 sestra (2,33 %) označila, že edukace nemá smysl a nepřikládá jí velký význam. 15 sester (34,88 %) uvedlo, že edukace nefunguje, pokud nemá sestra dostatek informací. 9 sester (20,93 %) se přiklonilo k názoru, že edukace nejde vždy stihnout.

#### **Otázka č. 6: Jak hodnotíte předoperační edukaci pacientů sestrami na Vašem oddělení?**

Graf č. 6 – Hodnocení předoperační edukace pacientů sestrami



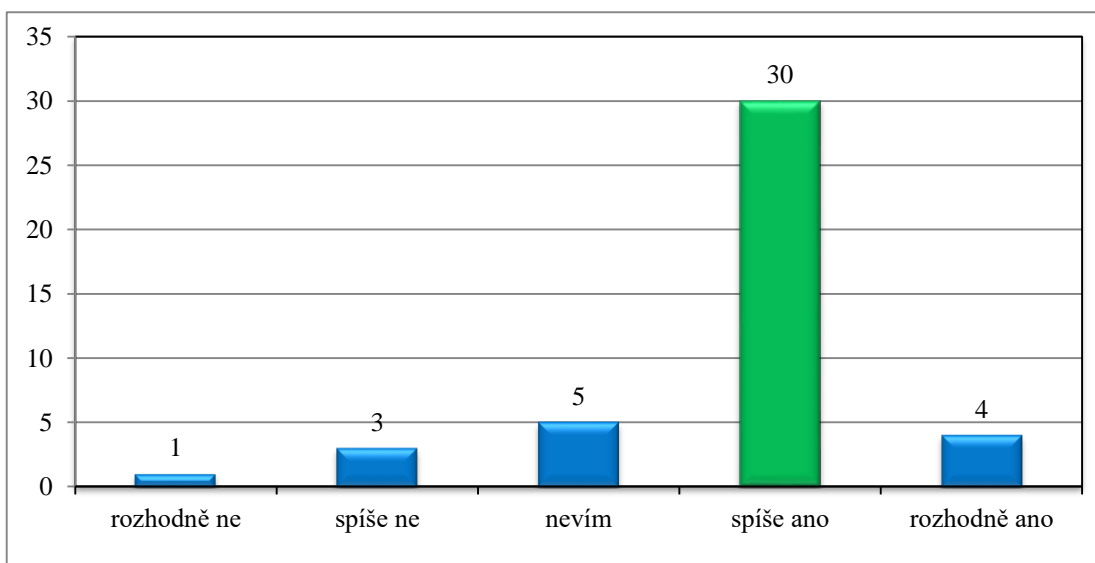
Tabulka č. 6 - Hodnocení předoperační edukace pacientů sestrami

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostačující	0	0,00 %
Dostačující	3	6,98 %
Dobrá	12	27,91 %
Velmi dobrá	20	46,51 %
Výborná	8	18,60 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 6 a tabulka č. 6 znázorňuje, jak hodnotily sestry předoperační edukaci pacientů sestrami na jejich oddělení. Žádná ze sester neoznačila možnost nedostačující. 3 sestry (6,98 %) zhodnotily předoperační edukaci pacientů jako dostačující. 12 sester (27,91 %) hodnotilo edukaci jako dobrou, 20 sester (46,51 %) hodnotilo jako velmi dobrou a 8 sester (18,60 %) hodnotí edukaci na výbornou.

**Otázka č. 7: Myslíte si, že mají sestry na Vašem oddělení dostatek informací o formách, metodách a zásadách edukace?**

Graf č. 7 – Dostatek teoretických znalostí sester o edukaci pacientů



Tabulka č. 7 – Dostatek teoretických znalostí sester o edukaci pacientů

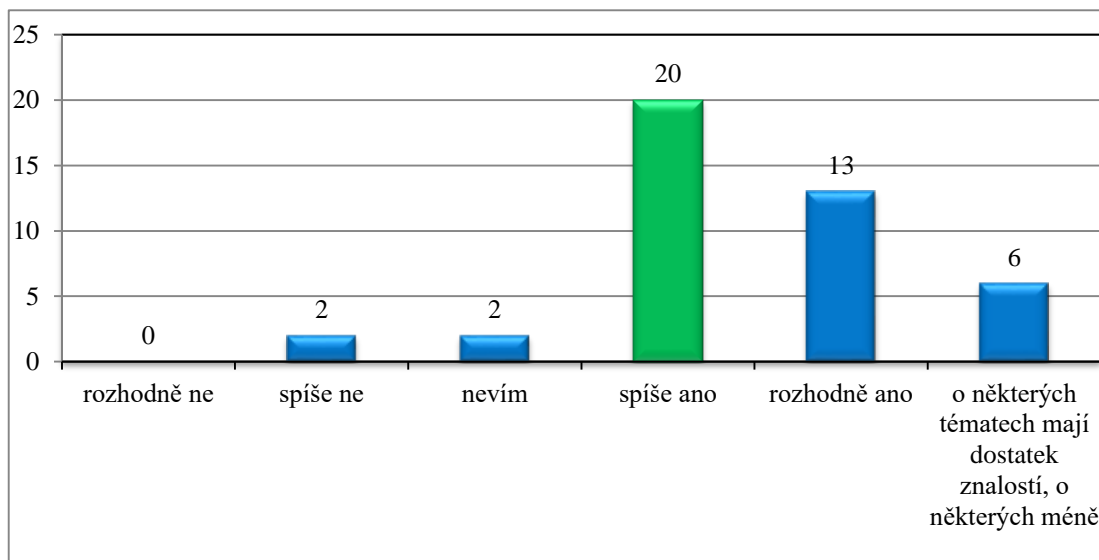
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ne	1	2,33 %
Spíše ne	3	6,98 %
Nevím	5	11,63 %
Spíše ano	30	69,77 %
Rozhodně ano	4	9,30 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Z grafu č. 7 a tabulky č. 7 se dovídáme o tom, zdali si sestry myslí, že mají sestry na jejich oddělení dostatek informací o formách, metodách a zásadách edukace (souhrnně teoretické znalosti o edukaci). 1 sestra (2,33 %) si myslí, že sestry na jejím oddělení teoretické znalosti rozhodně nemají. 3 sestry (6,98 %) si myslí, že znalosti spíše nemají. 5 sester (11,63 %) neví o tom, jestli mají sestry dostatek teoretických znalostí. Většina sester (30,

což činí 69,77 %) si myslí, že jich mají sestry spíše dostatek. 4 sestry (9,30 %) se domnívají, že mají sestry rozhodně dostatek teoretických znalostí.

**Otázka č. 8: Myslíte si, že mají sestry na Vašem oddělení dostatek odborných znalostí v edukaci?**

Graf č. 8 – Dostatek odborných znalostí sester při edukaci pacientů



Tabulka č. 8 - Dostatek odborných znalostí sester při edukaci pacientů

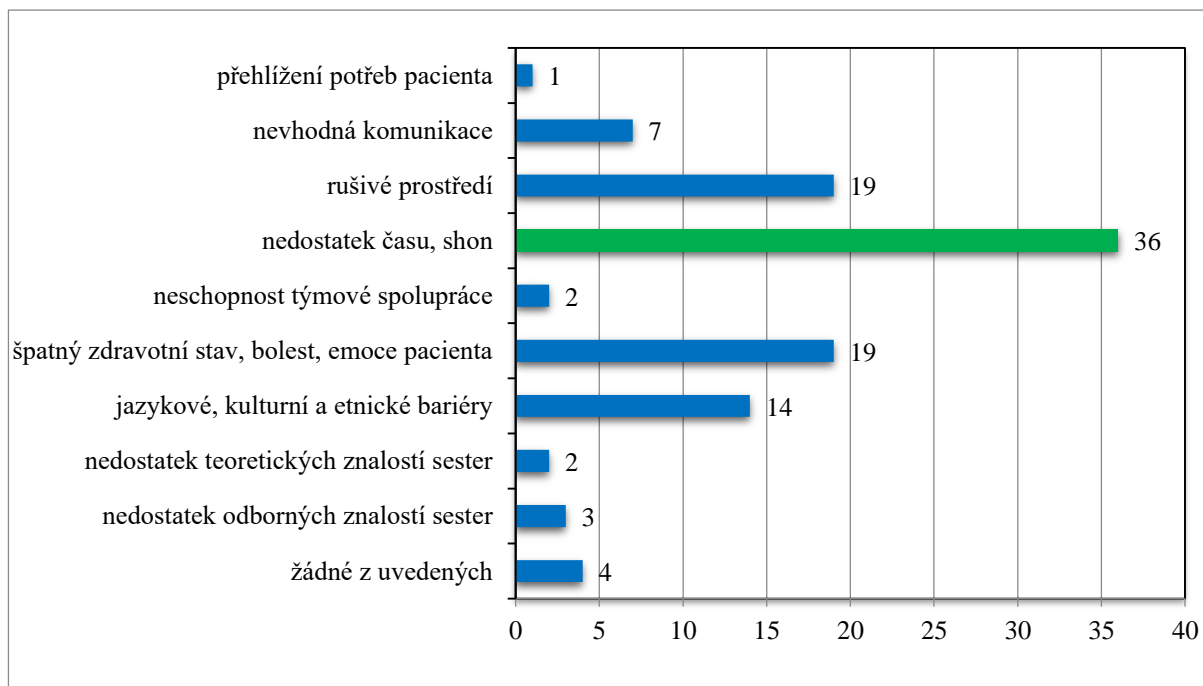
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ne	0	0,00 %
Spíše ne	2	4,65 %
Nevím	2	4,65 %
Spíše ano	20	46,51 %
Rozhodně ano	13	30,23 %
O některých dostatek, o některých méně	6	13,95 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Mínění sester o dostatečnosti odborných znalostí při edukaci pacientů znázorňuje graf č. 8 a tabulka č. 8. Odbornými znalostmi byly myšleny znalosti v předoperační přípravě, průběhu anestezie, průběhu operace a pooperační péči, což bylo u otázky uvedené. Žádná ze sester neuvedla, že by sestry na jejím oddělení měly rozhodně nedostatek odborných znalostí. 2 sestry (4,65 %) uvedly, že mají sestry spíše nedostatek odborných znalostí.

Převážná část sester (20 sester, což činí 46,51 %) uvedlo, že mají sestry spíše dostatek těchto znalostí. Rozhodně dostatek odborných znalostí uvedlo 13 sester (30,23 %). 6 sester (13,95 %) uvedlo, že mají sestry o některých tématech dostatek znalostí a o některých méně.

#### Otázka č. 9: Které překážky v edukaci se na Vašem oddělení vyskytují často?

Graf č. 9 – Častý výskyt překážek v edukaci



Tabulka č. 9 - Častý výskyt překážek v edukaci

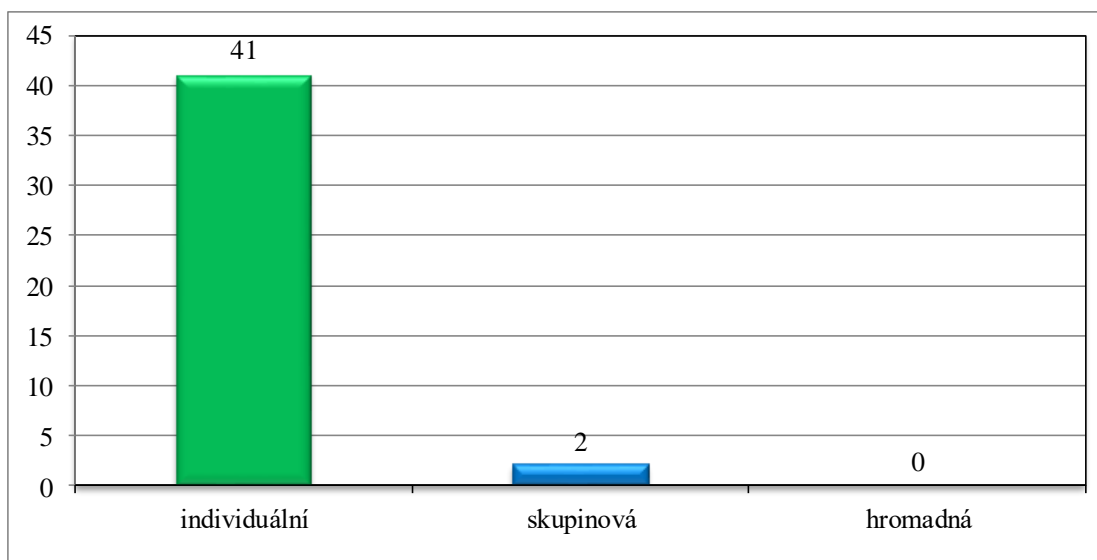
Překážky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přehlížení potřeb pacienta	1	2,33 %
Nevhodná komunikace	7	16,28 %
Rušivé prostředí	19	44,19 %
Nedostatek času, shon	36	83,72 %
Neschopnost týmové spolupráce	2	4,65 %
Špatný zdravotní stav, bolest, emoce pacienta	19	44,19 %
Jazykové, kulturní a etnické bariéry	14	32,56 %
Nedostatek teoretických znalostí sester	2	4,65 %
Nedostatek odborných znalostí sester	3	6,98 %
Žádné z uvedených	4	9,30 %



Graf č. 9 a tabulka č. 9 poukazuje na četnost častého výskytu z nabídnutých překážek v edukaci pacientů. Zaškrtnout mohly sestry více odpovědí. 1x (2,33 %) byl zvolen častý výskyt přehlížení potřeb pacienta. 2x (4,65 %) neschopnost týmové spolupráce a rovněž nedostatek teoretických znalostí sester, 3x (6,98 %) nedostatek odborných znalostí sester. 4x (9,30 %) bylo zvoleno, že se na oddělení nevyskytují opakovaně žádné z uvedených překážek. Nevhodnou komunikaci uvedlo 7 sester (16,28 %). 14x (32,56 %) byly zvoleny jazykové, kulturní a etnické bariéry, 19x (44,19 %) rušivé prostředí, špatný zdravotní stav, bolest a emoce pacienta. Největší výskyt (36x, což činí 83,72 %) častých překážek v edukaci pacientů bylo z důvodu nedostatku času a shonu.

#### Otázka č. 10: Jakou formu edukace používáte nejčastěji?

Graf č. 10 – Nejčastější forma edukace



Tabulka č. 10 - Nejčastější forma edukace

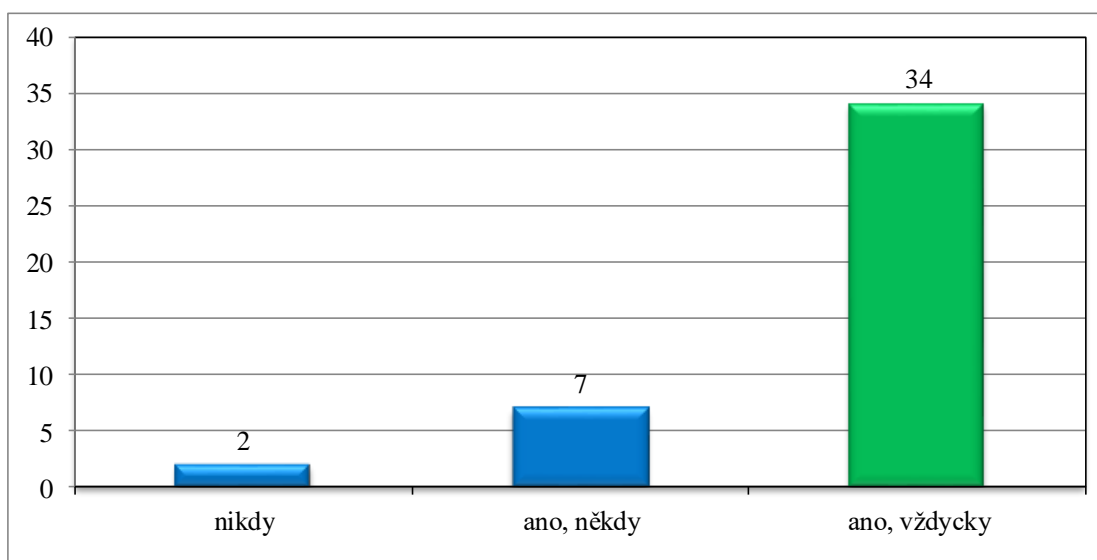
Forma edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Individuální	41	95,35 %
skupinová	2	4,65 %
hromadná	0	0,00 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Jaká je nejčastěji používaná forma edukace, nám ukazuje graf č. 10 a tabulka č. 10. Je jí jednoznačně v 95,35 % individuální forma edukace pacientů, což uvedlo 41 sester.

Skupinovou edukaci používají 2 sestry (4,65 %), hromadnou nepoužívá žádná. Jako příklad hromadné edukace byla uvedena přednáška.

#### Otázka č. 11: Zaznamenáváte provedení edukace do zdravotnické dokumentace?

Graf č. 11 – Záznam o edukaci do dokumentace



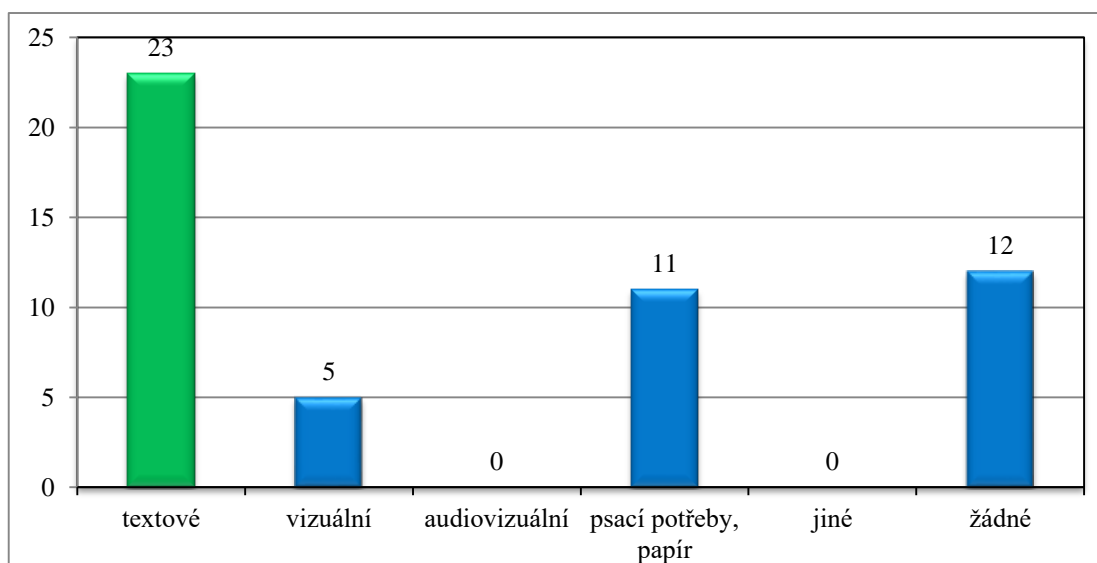
Tabulka č. 11 - Záznam o edukaci do dokumentace

Provedení záznamu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	2	4,65 %
Ano, někdy	7	16,28 %
Ano, vždycky	34	79,07 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 11 a tabulka č. 11 znázorňuje, kolik sester zaznamenává provedení edukace do zdravotnické dokumentace a jak často tento zápis provádí. 2 sestry (4,65 %) neprovádí záznam do dokumentace nikdy, 7 sester (16,28 %) jej provádí, ale pouze někdy a 34 sester (79,07 %) provádí zápis do dokumentace vždy po provedení edukace pacienta, což je většina.

### Otázka č. 12: Užíváte během edukace nějaké pomůcky?

Graf č. 12 – Používání pomůcek během edukace a jejich typy



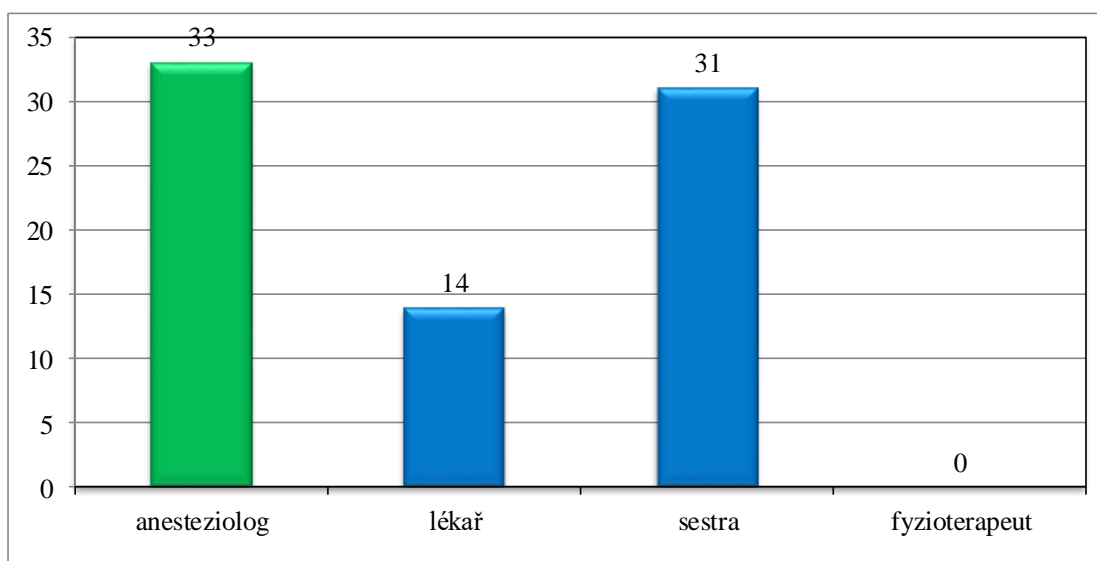
Tabulka č. 12 - Používání pomůcek během edukace a jejich typy

Pomůcky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Textové	23	53,49 %
Vizuální	5	11,63 %
Audiovizuální	0	0,00 %
Psací potřeby, papír	11	25,58 %
Jiné	0	0,00 %
Žádné	12	27,91 %

Jaké užívají sestry během edukace pomůcky, znázorňuje graf č. 12 a tabulka č. 12. O jaké pomůcky se jedná, bylo u otázky uvedeno. Textovými pomůckami byly myšleny knihy, letáky a brožury; vizuálními obrázky, fotodokumentace, modely či zdravotnický materiál. Audiovizuální pomůcky představují výukové filmy a jiné. Sestry mohly označit více možných odpovědí. 23 sester (53,49 %) využívá při edukaci textové pomůcky, vizuálních pomůcek využívá 5 sester (11,63 %) a audiovizuální nepoužívá žádná. Psacích potřeb a papíru k edukaci využívá 11 sester (25,58 %). Sestry mohly dopsat pomůcky, s kterými pracují a které nebyly v nabídnutých možnostech, avšak nikdo do možnosti „jiné“ nic nevypsal. 12 sester (27,91 %) nepoužívá při edukaci žádné pomůcky. Edukace je tak pouze verbální.

### Otázka č. 13: Kdo na Vašem oddělení edukuje pacienty před anestezií?

Graf č. 13 – Kdo edukuje před anestezií



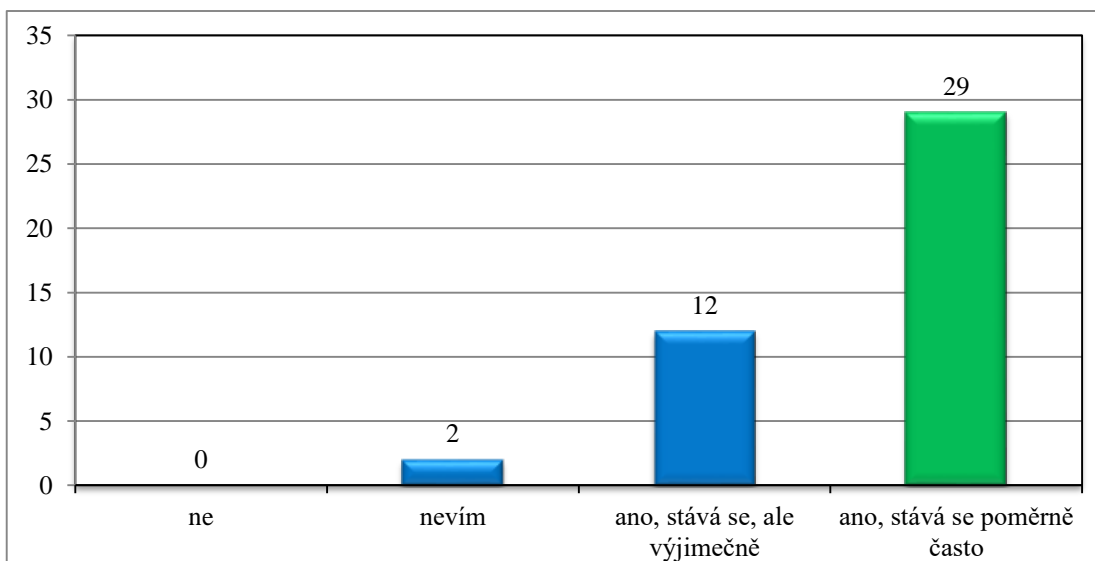
Tabulka č. 13 – Kdo edukuje před anestezií

Edukátor	Absolutní četnost	Relativní četnost
Anesteziolog	33	76,74 %
Lékař	14	32,56 %
Sestra	31	72,09 %
Fyzioterapeut	0	0,00 %

V této otázce bylo také možné označit více odpovědí. 33 sester (76,74 %) uvedlo, že na jejich oddělení edukuje pacienty před operací anesteziolog, 14 sester (32,56 %) uvedlo, že edukuje pacienty lékař, 31 sester (72,09 %) uvedlo v této funkci sestru. Fyzioterapeut neprovádí edukaci před anestezií na žádném z oddělení. Výše uvedené možnosti byly doplněny jinou variantou v případě potřeby, kde se mohly sestry vyjádřit. Jedna sestra uvedla, že u nich na oddělení needukuje nikdo, další dopsala za edukující staniční sestru.

#### Otázka č. 14: Stalo se někdy, že by nepřišel pacienta navštívit anesteziolog?

Graf č. 14 – Chybějící návštěva anesteziologa



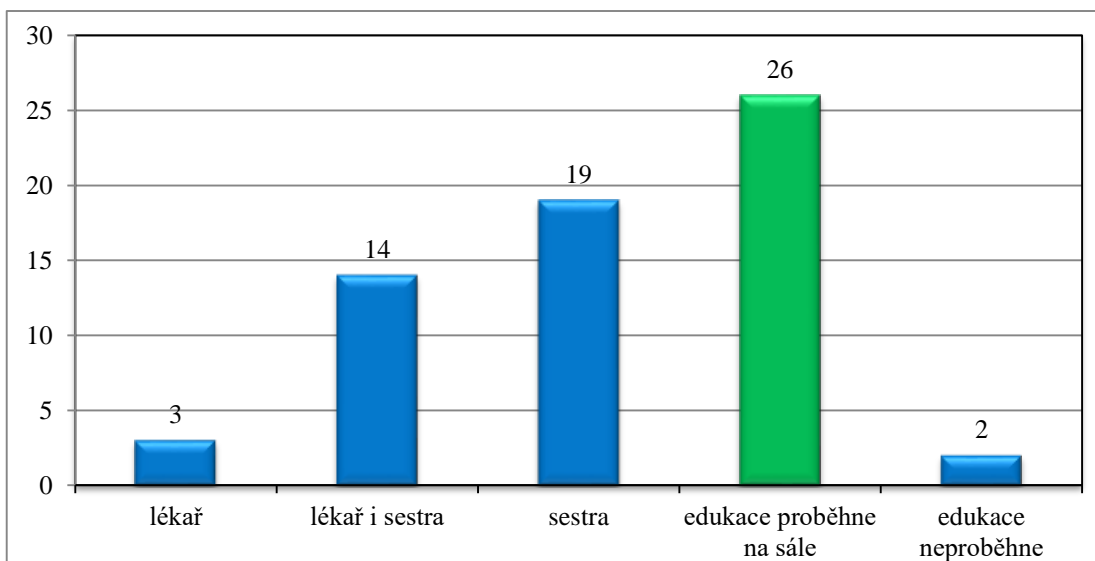
Tabulka č. 14 - Chybějící návštěva anesteziologa

Chybí návštěva anesteziologa	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	0	0,00 %
Nevím	2	4,65 %
Ano, stává se, ale výjimečně	12	27,91 %
Ano, stává se poměrně často	29	67,44 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Z grafu č. 14 a tabulky č. 14 vyplývá skutečnost, jestli se někdy stalo, že by pacienta nepřišel navštívit anesteziolog. Žádná ze sester neuvedla, že by se tato situace nikdy nestala. 2 sestry (4,65 %) se k této situaci neuměly vyjádřit nebo jednoduše nevěděly, zda se to někdy stalo, proto zaškrtnuly odpověď nevím. 12 sester (27,91 %) sdělilo, že se tato situace stává, ale výjimečně. 29 sester (67,44 %) sdělilo také, že se tato situace stává, ale s tím rozdílem, že se to děje poměrně často. Jedna sestra navíc bez možnosti volné odpovědi uvedla, že se u nich jedná většinou o případy výkonů z vitální indikace.

### Otázka č. 15: Pokud na oddělení nedorazí anesteziolog, kdo zastane jeho funkci?

Graf č. 15 – Zastane někdo funkci anesteziologa?



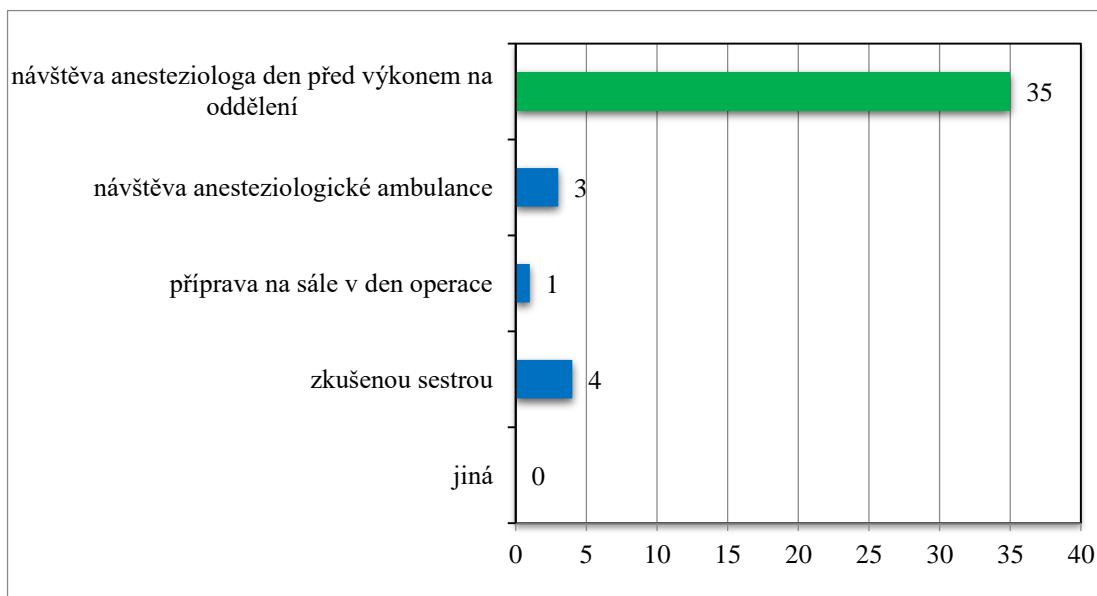
Tabulka č. 15 – Zastane někdo funkci anesteziologa?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	3	6,98 %
Lékař i sestra	14	32,56 %
Sestra	19	44,19 %
Edukace proběhne na sále	26	60,47 %
Edukace neproběhne	2	4,65 %

Odpověď na otázku: „Kdo zastane funkci anesteziologa, pokud nedorazí za pacientem na oddělení před anestezií?“, nám zobrazuje graf č. 15 a tabulka č. 15, z nichž vyplývá, že jeho funkci zastane v 6,98 % lékař, což uvedly 3 sestry. Další možností bylo lékař i sestra, což uvedlo 14 sester (32,56 %). 19 sester (44,19 %) uvedlo, že funkci anesteziologa zastává na oddělení sestra. 26 sester (60,47 %), což bylo nejvíce, uvedlo, že edukace proběhne na sále. Jedna z těchto sester vedle otázky doplnila tuto možnost slůvkem „snad“. A 2 sestry (4,65 %) uvedly, že edukace anesteziologem vůbec neproběhne. Sestry mohly označit více možných odpovědí.

**Otázka č. 16: Jaká možnost anesteziologické přípravy se Vám zdá obecně nejvhodnější?**

Graf č. 16 – Nejvhodnější způsob anesteziologické přípravy



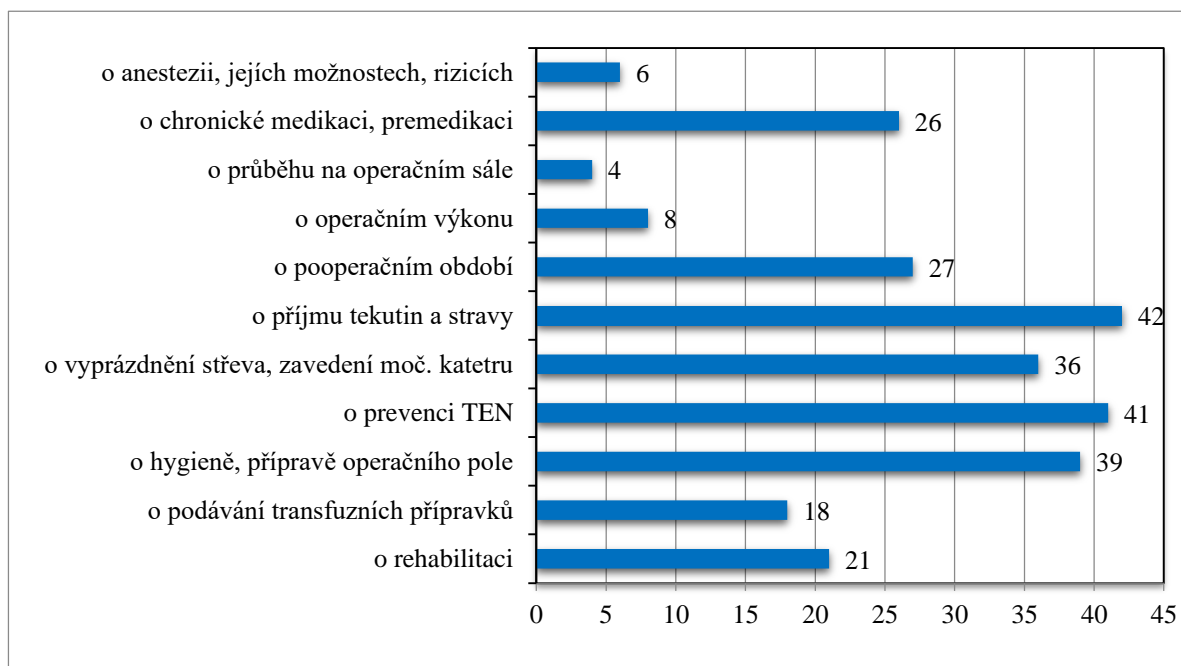
Tabulka č. 16 - Nejvhodnější způsob anesteziologické přípravy

Způsob přípravy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Anesteziologem na oddělení den před výkonem	35	81,40 %
Návštěva anesteziologické ambulance	3	6,98 %
Příprava na sále v den operace	1	2,33 %
Příprava zkušenou sestrou	4	9,30 %
Jiná možnost	0	0,00 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Jaký je podle sester nejvhodnější způsob anesteziologické přípravy, je znázorněno v grafu č. 16 a tabulce č. 16. Převažující zvolenou možností byla návštěva anesteziologa den před výkonem na oddělení, což se zdá nejvhodnější 35 sestrám (81,40 %). 3 sestry (6,98 %) zvolily způsob návštěvy anesteziologické ambulance. 1 sestra (2,33 %) se přiklonila k přípravě pacienta na sále v den operace. Nikdo neuvedl jinou možnost. Jedna sestra doplnila první možnost o návštěvě anesteziologa na oddělení větou: „Musí ale přijít.“

**Otázka č. 17: V kterých oblastech edukují sestry na Vašem oddělení pacienty před operací?**

Graf č. 17 – Témata předoperační edukace



Tabulka č. 17 - Témata předoperační edukace

Téma	Absolutní četnost	Relativní četnost
Anestezie, její možnosti a rizika	6	13,95 %
Chronická medikace a premedikace	26	60,47 %
Průběh na operačním sále	4	9,30 %
Operační výkon	8	18,60 %
Pooperační období	27	62,79 %
Příjem tekutin a stravy	42	97,67 %
Vyprázdnění střeva, zavedení moč. katetru	36	83,72 %
Prevence TEN	41	95,35 %
Hygiena, příprava operačního pole	39	90,70 %
Transfuzní přípravky	18	41,86 %
Rehabilitace	21	48,84 %

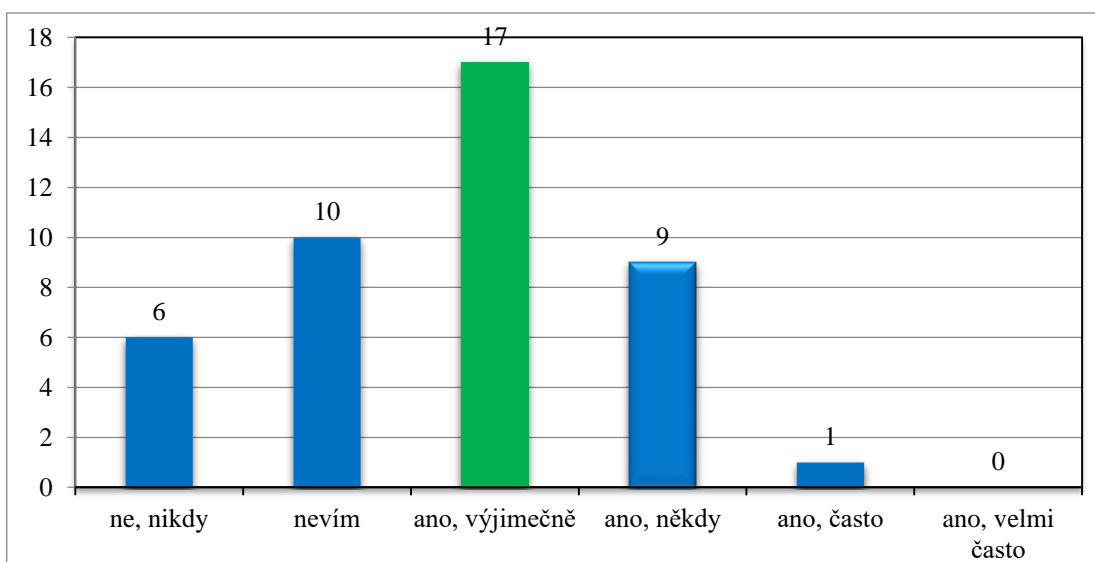
V grafu č. 17 a tabulce č. 17 jsou znázorněna témata, o kterých sestry edukují pacienty před operací. Opět zde bylo možné zaškrtnout více možných odpovědí. Následný popis



jednotlivých témat je řazen posoupně od nejzastoupenějšího tématu. Téměř všechny sestry (42 ze 43, což činí 97,67 %) edukují o příjmu tekutin a potravy, 41 sester (95,35 %) edukuje o prevenci TEN, 39 sester (90,70 %) o hygieně a přípravě operačního pole, 36 sester (83,72 %) o vyprázdnění tlustého střeva a zavedení močového katetru, 27 sester (62,79 %) edukuje o pooperačním období, až 26 sester (60,47 %), o chronické medikaci a premedikaci, 21 sester (48,84 %) o rehabilitaci, 18 sester (41,86 %) o podávání transfuzních přípravků. Nejméně sestry edukují o operačním výkonu (8x, což činí 18,60 %), o anestezii, jejích možnostech a rizicích (6x, což činí 13,95 %), a o průběhu na operačním sále edukují pouze 4 sestry (9,30 %).

**Otázka č. 18: Setkal/a jste se někdy s komplikacemi, které byly způsobeny nedostatečnou předoperační přípravou?**

Graf č. 18 – Výskyt komplikací z nedostatečné předoperační přípravy



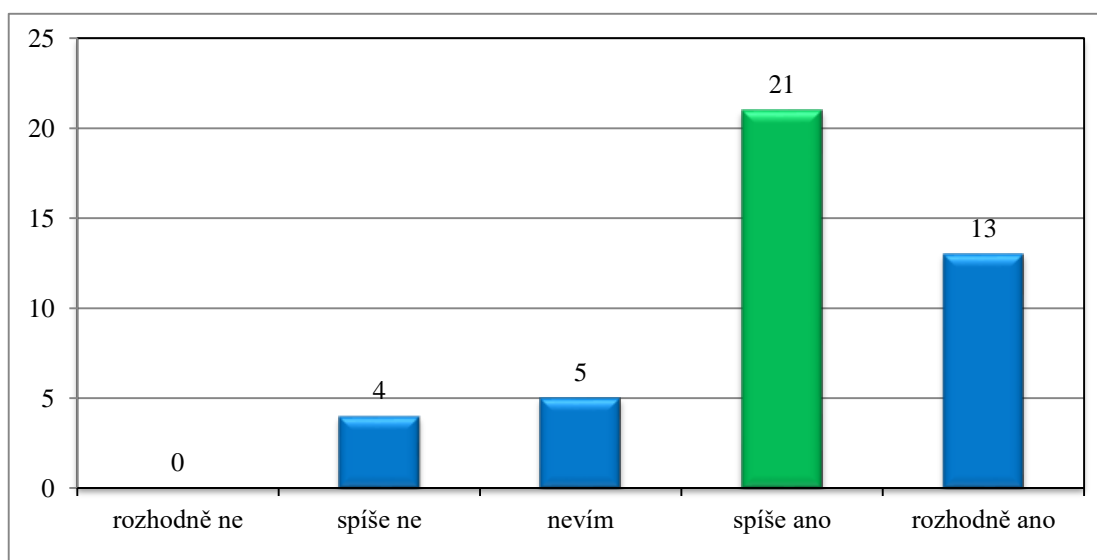
Tabulka č. 18 - Výskyt komplikací z nedostatečné předoperační přípravy

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne, nikdy	6	13,95 %
Nevím	10	23,26 %
Ano, výjimečně	17	39,53 %
Ano, někdy	9	20,93 %
Ano, často	1	2,33 %
Ano, velmi často	0	0,00 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Z grafu č. 18 a tabulky č. 18 vyplývá, jestli se sestry ve své praxi setkávají s komplikacemi, které by byly zapříčiněny nedostatečnou předoperační přípravou. 6 sester (13,95 %) odpovědělo, že se s komplikacemi nikdy nesetkaly, 10 sester (23,26 %) nevědělo. 17 sester (39,53 %) se s takovými komplikacemi setkává, ale výjimečně. Následně uvedené sestry se s komplikacemi také setkávají, ale s rozdílnou frekvencí jejich výskytu. 1 sestra (2,33 %) se s komplikacemi setkává často, 9 sester (20,93 %) někdy, velmi často se s nimi nesetkává nikdo. Jedna sestra ke své odpovědi připsala: „ Chyba nebyla pouze na sesterské a lékařské straně, ale na pozornosti a inteligenci pacienta.“

**Otázka č. 19: Znájí sestry na Vašem oddělení své kompetence týkající se péče o pacienta před operací?**

Graf č. 19 - Znalost kompetencí týkající se edukace



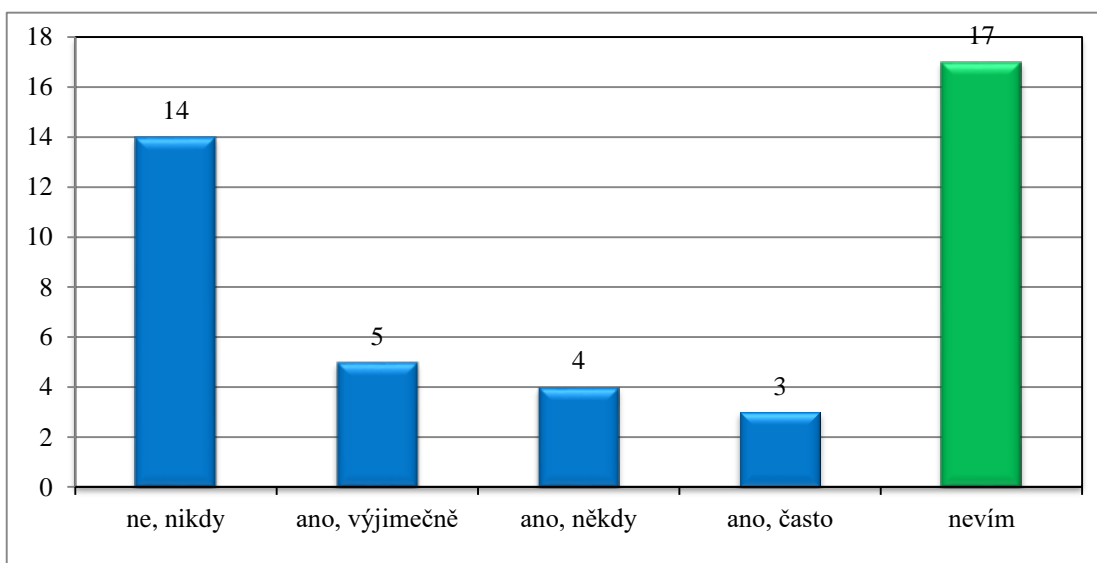
Tabulka č. 19 - Znalost kompetencí týkající se edukace

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ne	0	0,00 %
Spíše ne	4	9,30 %
Nevím	5	11,63 %
Spíše ano	21	48,84 %
Rozhodně ano	13	30,23 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Zda sestry znají své kompetence týkající se edukace, nám ukazuje graf č. 19 a tabulka č. 19. Žádná ze sester neuvedla, že by své kompetence v této oblasti rozhodně neznala. 4 sestry (9,30 %) však kompetence spíše neznají a 5 sester (11,63 %) si nejsou jisté. V opačném případě spíše zná své kompetence 21 sester (48,84 %) a 13 sester si je naprosto jistých o svých znalostech v kompetencích týkající se edukace.

**Otázka č. 20: Porušily sestry na Vašem oddělení své kompetence týkající se péče o pacienta před operací?**

Graf č. 20 – Porušení kompetencí v péči o pacienta před operací



Tabulka č. 20 - Porušení kompetencí v péči o pacienta před operací

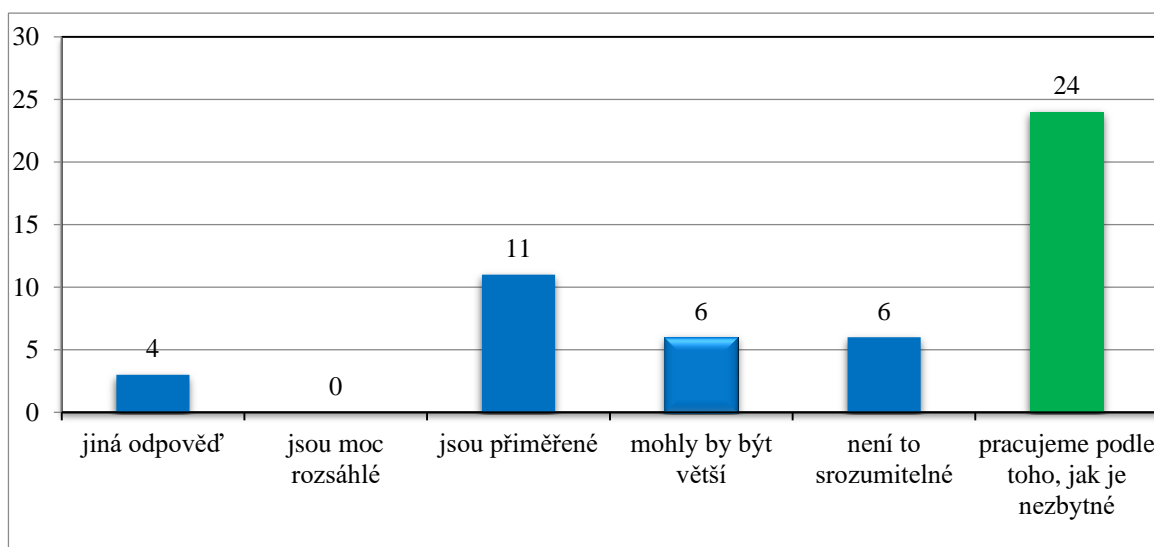
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne, nikdy	14	32,56 %
Ano, výjimečně	5	11,63 %
Ano, někdy	4	9,30 %
Ano, často	3	6,98 %
Nevím	17	39,53 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Přehled o mínění sester, zdali někdy sestry na jejich oddělení porušily své kompetence v péči o pacienta před operací, nám ukazuje graf č. 20 a tabulka č. 20. 14 sester (32,56 %) si myslí, že je nikdy v tomto případě sestry neporušily. 5 sester (11,63 %) si myslí, že je

porušily výjimečně. 4 sestry (9,30 %) si myslí, že je porušují někdy. 3 sestry (6,98 %) si myslí, že je sestry porušují často (6,98 %) a 17 sester (39,53 %) neví, zda je v tomto případě porušují.

**Otázka č. 21: Co si myslíte o současných kompetencích sester v edukaci pacienta o předoperační přípravě a jejich zakotvení v právním systému?**

Graf č. 21 – Mínění sester o současných kompetencích



Tabulka č. 21 - Mínění sester o současných kompetencích

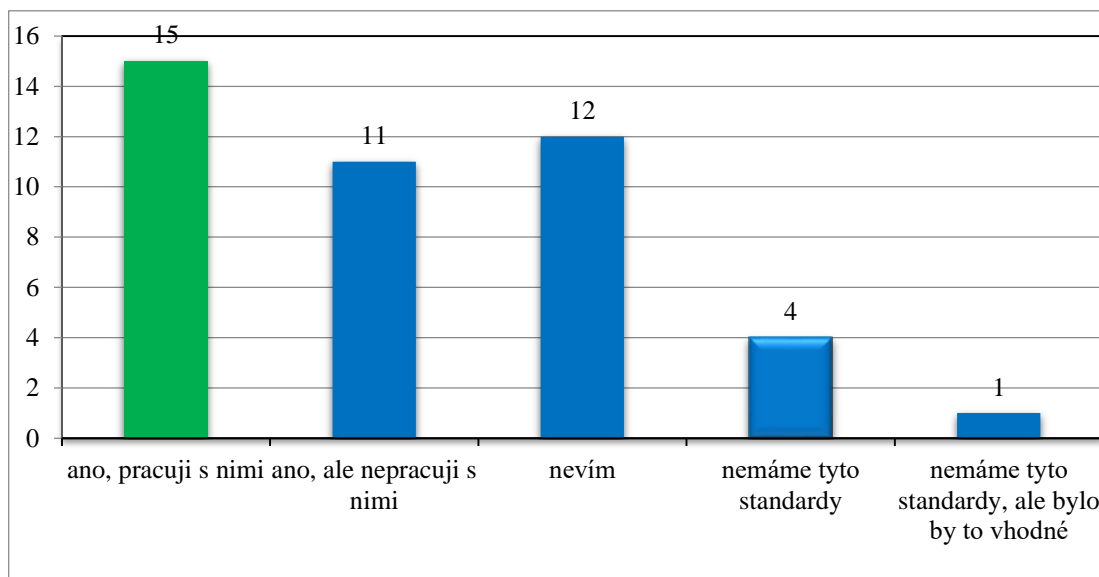
Názory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jiná odpověď	4	9,30 %
Jsou moc rozsáhlé	0	0,00 %
Jsou přiměřené	11	25,58 %
Mohly by být větší	6	13,95 %
Není to srozumitelné	6	13,95 %
Pracujeme podle toho, jak je nezbytné	24	55,81 %

K jakým názorům se sestry přiklánějí o současných kompetencích sester, nám ukazuje graf č. 21 a tabulka č. 21. Sestry mohly označit více možných odpovědí. Žádné ze sester se nezdají být kompetence rozsáhlé. 6 sester (13,95 %) si myslí, že by mohly být kompetence větší, dalším 6 sestrám (13,95 %) se zdají být nesrozumitelné. 11 sester (25,58 %) uvedlo, že jsou kompetence přiměřené a 24 sester (55,81 %) pracuje podle toho, jak je nezbytné.

V nabídnutých odpovědích mohly sestry zaškrtnout více možností, s kterými souhlasí. Mohly se také vyjádřit samy prostřednictvím jiné odpovědi. Učinily tak 4 sestry (9,30 %). Ve dvou případech se sestry vyjádřily znkem otazníku, což má skrytý význam. Jedna sestra napsala: „Neznám přesné znění kompetencí.“ Dalším výrokem bylo: „Bereme to automaticky, jako samozřejmost edukovat pacienta před výkonem. V tomhle chaotickém provozu to nikdo jiný nevykoná. Bohužel se edukace našich sester a anesteziologů liší. Edukace je dvojsmyslná, což je dosti zmatené. Např. my vyprázdníme pacienta čípky po večeri a dále už pacient nejí. Přejde premedikující lékař a řekne, že z jeho hlediska nevidí problém stravování do 24 hodin, lačnit od půlnoci. Potom se nedivím exkrementů na sále. Jednotná předoperační příprava!“

#### Otázka č. 22: Máte na Vašem pracovišti standardy o edukaci?

Graf č. 22 – Standardy o edukaci



Tabulka č. 22 - Standardy o edukaci

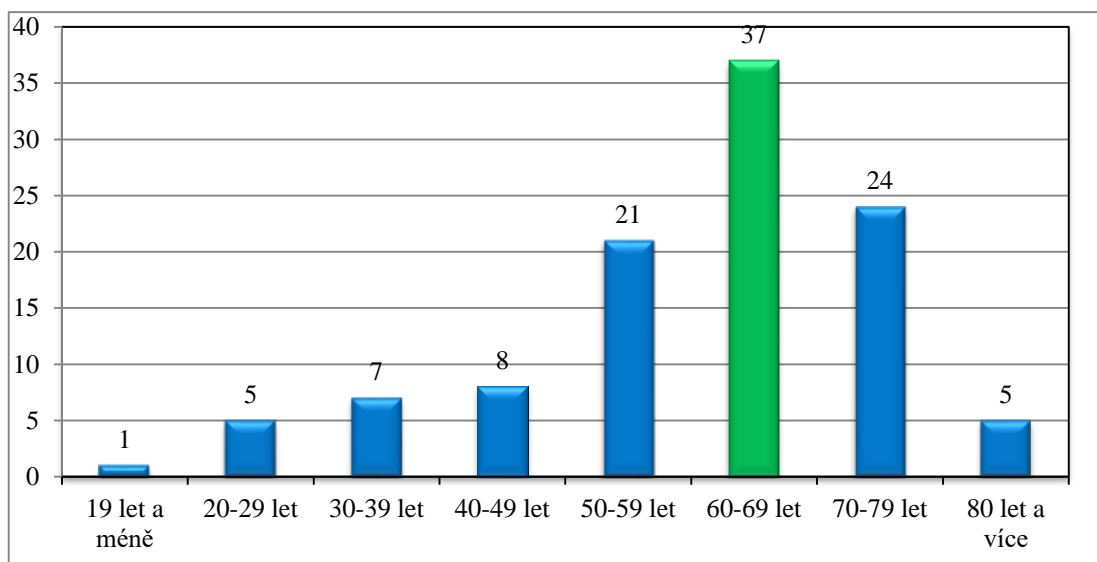
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pracuji s nimi	15	34,88 %
Ano, ale nepracuji s nimi	11	25,58 %
Nevím	12	27,91 %
Nemáme tyto standardy	4	9,30 %
Nemáme tyto standardy, ale bylo by to vhodné	1	2,33 %
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>100 %</b>

Mají sestry na svém pracovišti standardy o edukaci? Nejen o tom se můžeme dozvědět v grafu č. 21 a tabulce č. 21. Celkem 26 sester (60,47 %) odpovědělo, že na svém pracovišti standardy mají, z nichž s nimi 15 sester (34,88 %) pracuje a 11 sester (25,58 %) s nimi nepracuje. 12 sester (27,91 %) neví o tom, jestli u nich na pracovišti takové standardy jsou. 5 sester (11,63 %) odpovědělo, že tyto standardy na pracovišti nemají. Z toho 1 sestra (2,33 %) zaškrtnla rozšířenou odpověď, v které bylo navíc, že by bylo vhodné, kdyby na pracovišti tyto standardy byly.

## 10. 4. 2 Výsledky a analýza dotazníků pacientů

Otázka č. 1: Uveďte, prosím, kolik je Vám let.

Graf č. 23 – Věk respondentů



Tabulka č. 23 – Věk respondentů

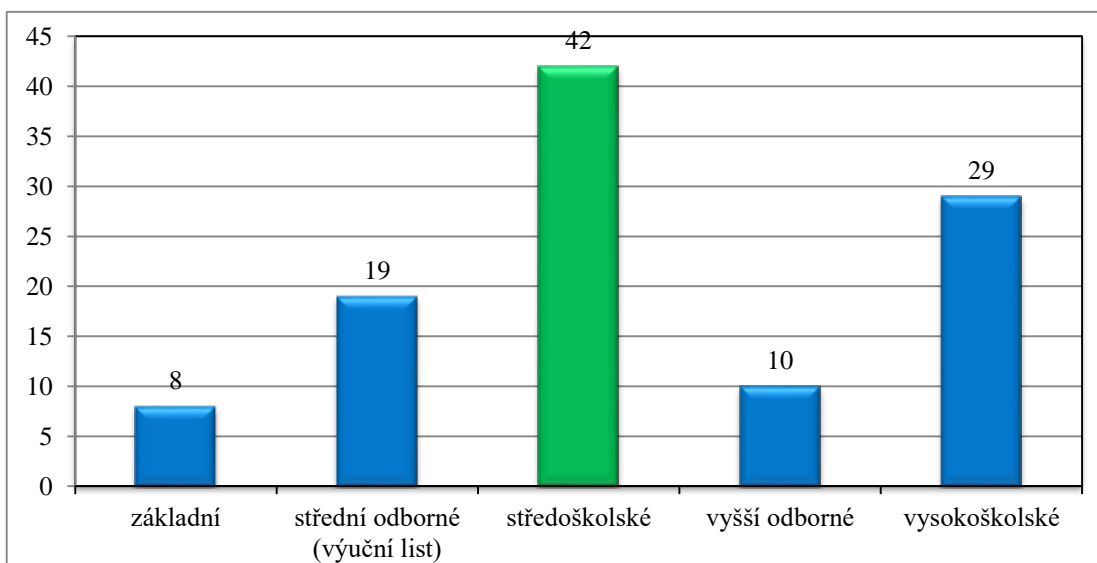
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
19 a méně	1	0,93 %
20-29 let	5	4,63 %
30-39 let	7	6,48 %
40-49 let	8	7,41 %
50-59 let	21	19,44 %
60-69 let	37	34,26 %
70-79 let	24	22,22 %
80 a více	5	4,63 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Věk respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu, znázorňuje graf č. 23 a tabulka č. 23. V dotazníku nebyla možnost 19 a méně let, tato možnost je zde doplněna vzhledem k tomu, že byl jeden respondent (0,93 %) ve věku 18 let, jak uvedl. 5 pacientů (4,63 %) bylo ve věku 20-29 let, 7 pacientů (6,48 %) ve věku 30-39 let, 8 pacientů (7,41 %) ve věku

40-49 let, 21 pacientů (19,44 %) ve věku 50-59 let, nejpočetnější skupinu (37x, což činí 34,26 %) tvořili pacienti ve věku 60-69 let, 24 pacientů (22,22 %) bylo ve věku 70-79 let a 5 pacientů (4,63 %) ve věku 80 let a více.

## Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 24 – Vzdělání respondentů



Tabulka č. 24 – Vzdělání respondentů

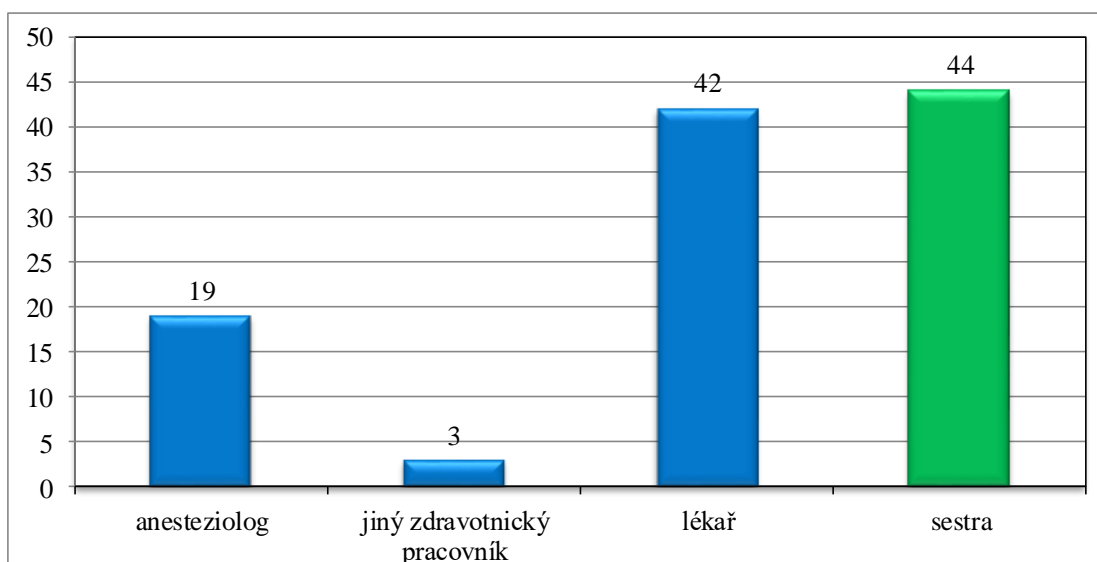
Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	8	7,41 %
Střední odborné	19	17,59 %
Středoškolské	42	38,89 %
Vyšší odborné	10	9,26 %
Vysokoškolské	29	26,85 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

V grafu č. 24 a tabulce č. 24 se dozvídáme, jaké bylo nejvyšší dosažené vzdělání respondentů/pacientů. 8 pacientů (7,41 %) mělo vzdělání základní, 19 pacientů (17,59 %) střední odborné s výučním listem, s největším zastoupením vzdělání středoškolské (42x, což činí 38,89 %), vyšší odborné vzdělání mělo 10 pacientů (9,26 %) a 29 pacientů (26,85 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání.



**Otázka č. 3: Kdo Vám podal po přijetí do nemocnice nejvíce informací o předoperačním, operačním a pooperačním průběhu?**

Graf č. 25 – Kdo poskytl nejvíce informací po přijetí do nemocnice



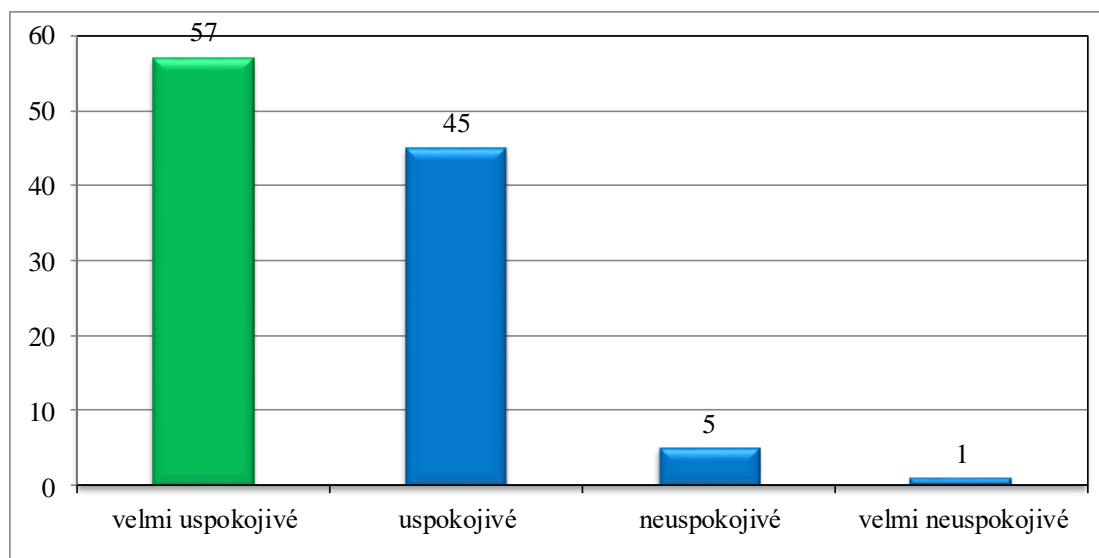
Tabulka č. 25 – Kdo poskytl nejvíce informací po přijetí do nemocnice

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Anesteziolog	19	17,59 %
Jiný zdravotnický pracovník	3	2,78 %
Lékař	42	38,89 %
Sestra	44	40,74 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Z grafu č. 25 a tabulky č. 25 vyplývá, kdo podal pacientům po přijetí do nemocnice nejvíce informací o předoperačním, operačním a pooperačním průběhu. Slovo „nejvíce“ bylo záměrně podtržené, aby se zdůraznil jeho význam v otázce a otázka nám poskytla kvalitnější výsledek. Nejvíce informací pacienti získali od sestry (44 pacientů, což činí 40,74 %). O něco méně uvedli pacienti získání informací od lékaře (42 pacientů, což činí 38,89 %). 3 pacienti (2,78 %) uvedli jiného zdravotnického pracovníka. A v 19 případech (17,59 %) poskytl nejvíce informací anesteziolog.

#### Otázka č. 4: Jak hodnotíte podávání předoperačních informací sestrami?

Graf č. 26 – Hodnocení předoperační edukace sestrami



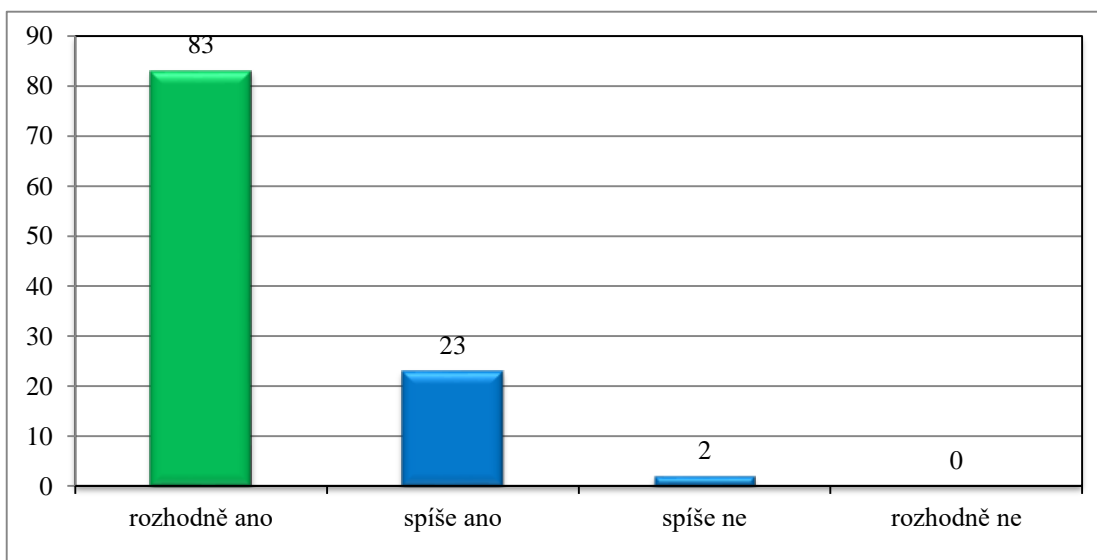
Tabulka č. 26 - Hodnocení předoperační edukace sestrami

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi uspokojivé	57	52,78 %
Uspokojivé	45	41,67 %
Neuspokojivé	5	4,63 %
Velmi neuspokojivé	1	0,93 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Jak hodnotí pacienti podávání předoperačních informací (edukaci) sestrami, nám ukazuje graf č. 26 a tabulka č. 26. 57 pacientů (52,78 %) hodnotí předoperační edukaci velmi uspokojivě, 45 pacientů (41,67 %) uspokojivě, 5 pacientů (4,63 %) hodnotí neuspokojivě a pouze 1 pacient (0,93 %) hodnotí podávání předoperačních informací sestrami jako velmi neuspokojivě.

**Otázka č. 5: Rozuměl/a jste všem informacím, které Vám byly před operací sestrou poskytnuty?**

Graf č. 27 – Porozumění informacím od sestry



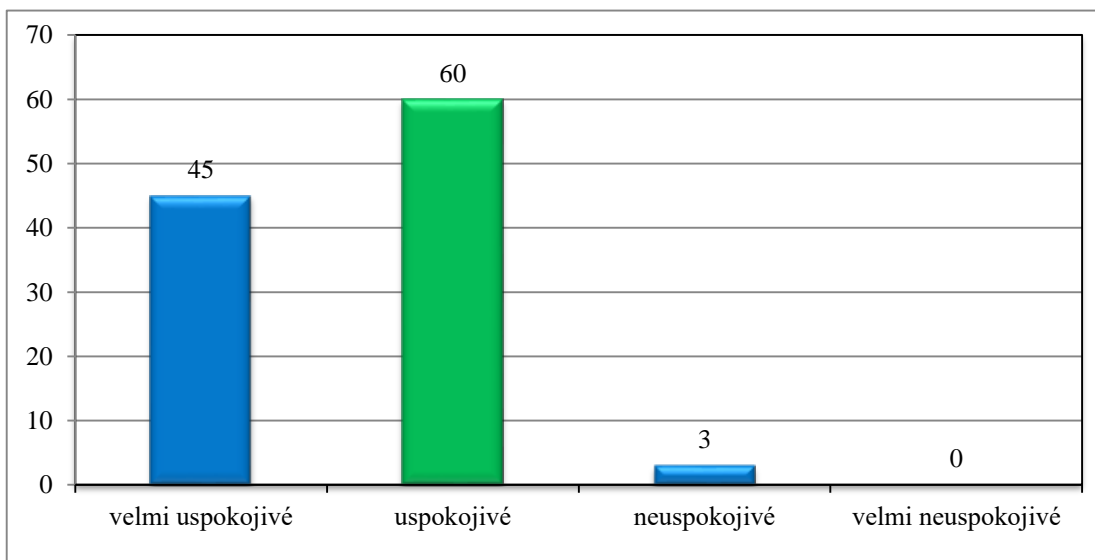
Tabulka č. 27 – Porozumění informacím od sestry

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	83	76,85 %
Spíše ano	23	21,30 %
Spíše ne	2	1,85 %
Rozhodně ne	0	0,00 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 27 a tabulka č. 27 ukazuje, zdali pacienti porozuměli všem informacím, které jim byly před operací sestrou poskytnuty. 83 pacientů (76,85 %) udává, že rozhodně poskytnutým informacím porozumělo. 23 pacientů (21,30 %) spíše rozumělo, 2 pacienti naopak (1,85 %) spíše nerozuměli. Nikdo z pacientů neudal, že by informacím od sestry rozhodně neporozuměl.

**Otázka č. 6: Jak hodnotíte množství informací poskytnutých sestrami před operací?**

Graf č. 28 – Hodnocení množství poskytnutých informací



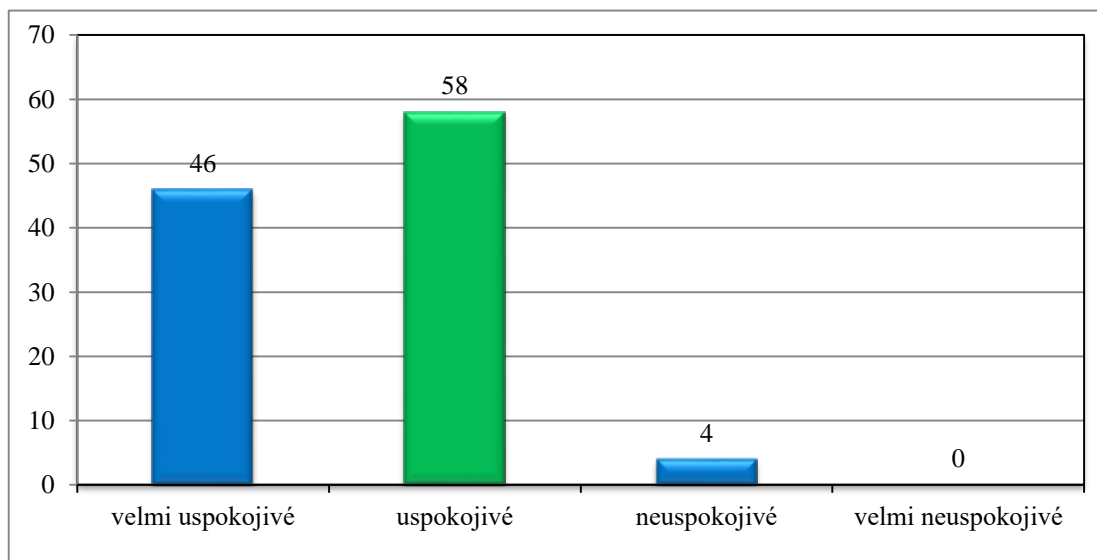
Tabulka č. 28 - Hodnocení množství poskytnutých informací

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi uspokojivé	45	41,67 %
Uspokojivé	60	55,56 %
Neuspokojivé	3	2,78 %
Velmi neuspokojivé	0	0,00 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 28 a tabulka č. 28 zobrazuje hodnocení pacientů o množství informací, které jim byly poskytnuty od sester před operací. 45 pacientů (41,67 %) bylo velmi spokojeno s množstvím poskytnutých informací, 60 pacientů (55,56 %) zhodnotilo množství poskytnutých informací za uspokojivé a 3 pacienti (2,78 %) za neuspokojivé. Žádný z pacientů nevnímal množství informací za velmi neuspokojivé.

**Otázka č. 7: Jak hodnotíte kvalitu informací poskytnutých sestrami před operací?**

Graf č. 29 – Hodnocení kvality poskytnutých informací



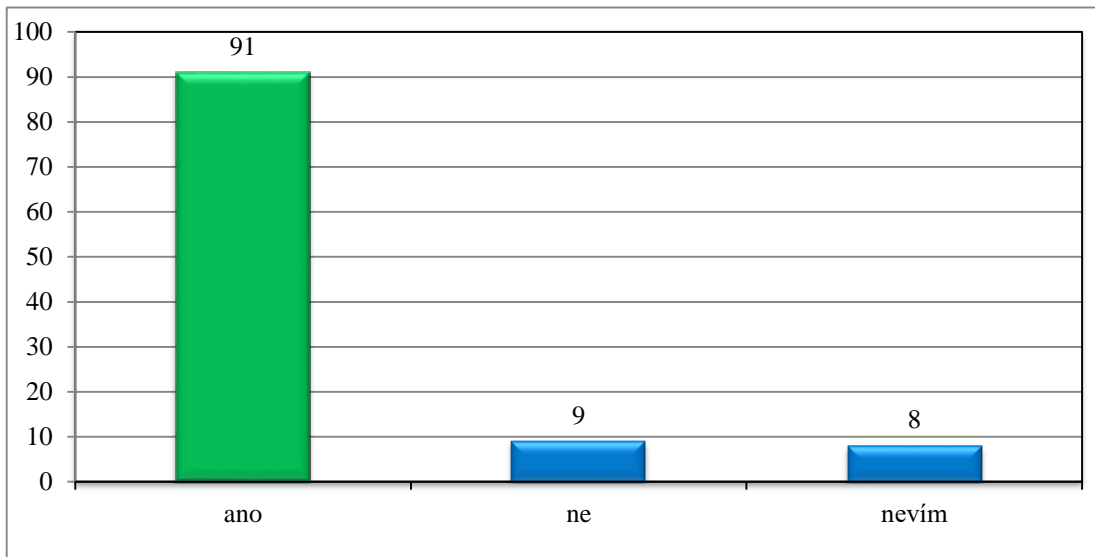
Tabulka č. 29 - Hodnocení kvality poskytnutých informací

Hodnocení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi uspokojivé	46	41,67 %
Uspokojivé	58	55,56 %
Neuspokojivé	4	2,78 %
Velmi neuspokojivé	0	0,00 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Hodnocení kvality informací poskytnutých sestrami před operací je obdobné jako u předešlé otázky, která se týká množství poskytnutých informací. Hodnocení kvalitu poskytnutých informací nám ukazuje graf č. 29 a tabulka č. 29. 46 pacientů (41,67 %) hodnotí kvalitu informací velmi uspokojivě, 58 pacientů (55,56 %) uspokojivě a 4 pacienti (2,78 %) naopak neuspokojivě. Žádný pacient nevnímal kvalitu poskytnutých informací za velmi neuspokojivě.

**Otázka č. 8: Zeptal se Vás zdravotník (lékař, sestra) po předání informací na to, zda rozumíte podaným informacím?**

Graf č. 30 – Zpětná vazba zdravotníků



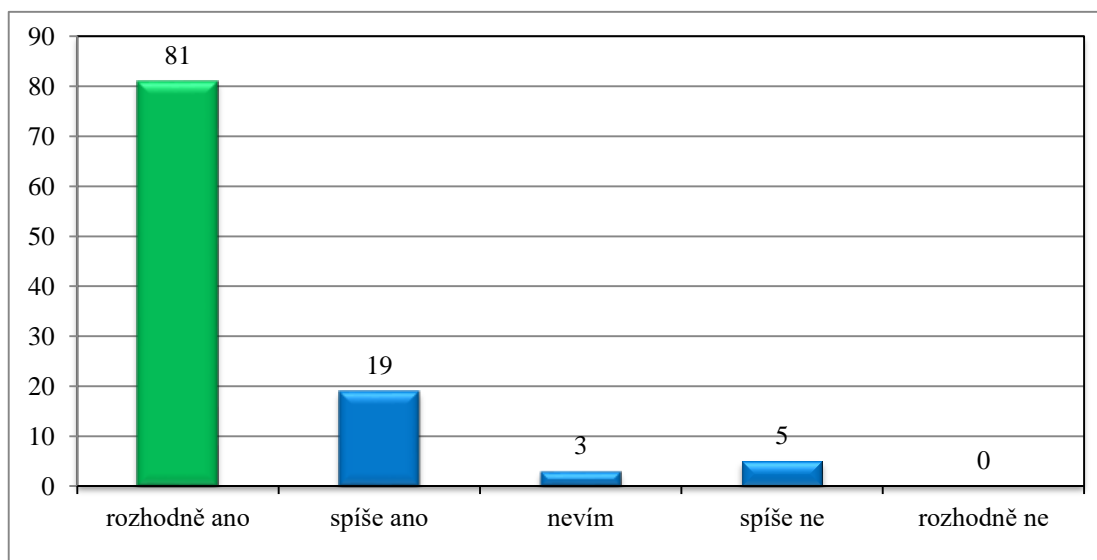
Tabulka č. 30 - Zpětná vazba zdravotníků

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	91	84,26 %
Ne	9	8,33 %
Nevím	8	7,41 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 30 a tabulka č. 30 znázorňuje, jestli si zdravotník ověřil, zda pacient porozuměl poskytnutým informacím po jejich předání. Téměř většina pacientů (92x, což činí 84,26 %) odpověděla, že se jich zdravotník po předání zeptal na to, zda rozuměli podaným informacím. U 9 pacientů (8,33 %) se zdravotník nezeptal a 8 pacientů (7,41 %) neví, zda se jich zeptal.

**Otázka č. 9: Pokud jste měl/a v podaných informacích nejasnosti, měl/a jste možnost vznést dotazy?**

Graf č. 31 – Možnost vznést dotazy



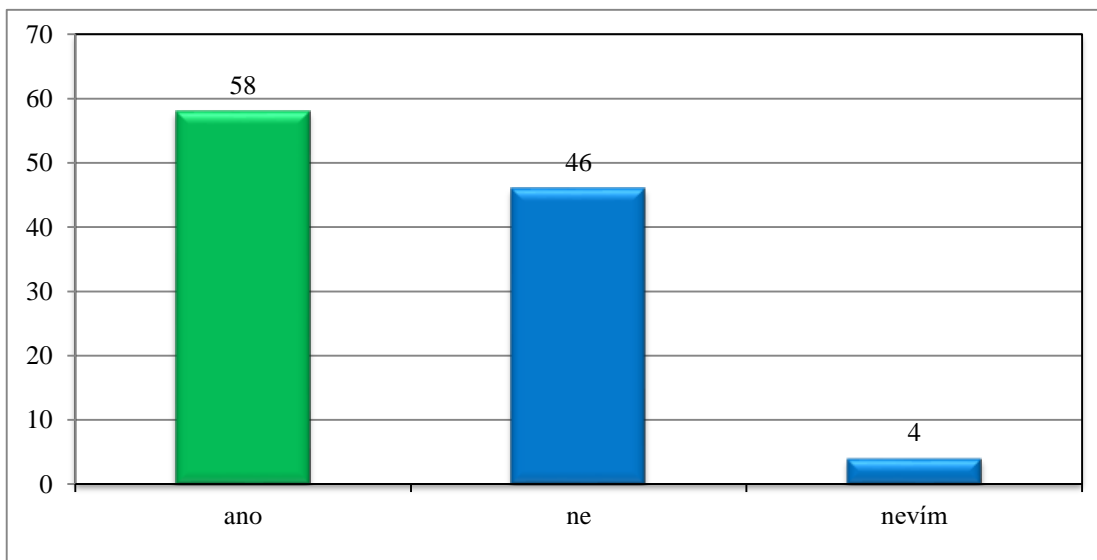
Tabulka č. 31 - Možnost vznést dotazy

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	81	75,00 %
Spíše ano	19	17,59 %
Nevím	3	2,78 %
Spíše ne	5	4,63 %
Rozhodně ne	0	0,00 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Z grafu č. 31 a tabulky č. 31 vyplývá, zda měli pacienti možnost vznést dotazy v případě nejasností v podaných informacích. 81 pacientů (75,00 %) odpovědělo, že tuto možnost rozhodně mělo. 19 pacientů (17,59 %) odpovědělo spíše ano a 5 pacientů (4,63 %) spíše ne. 3 pacienti (2,78 %) nevěděli, zda tuto možnost měli. Žádný z pacientů neodpověděl, že by tuto možnost rozhodně neměl.

**Otázka č. 10: Poskytl Vám někdo na oddělení informační letáky, brožury či manuál týkající se předoperační přípravy?**

Graf č. 32 – Poskytnutí informačních materiálů



Tabulka č. 32 - Poskytnutí informačních materiálů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	58	53,70 %
Ne	46	42,59 %
Nevím	4	3,70 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

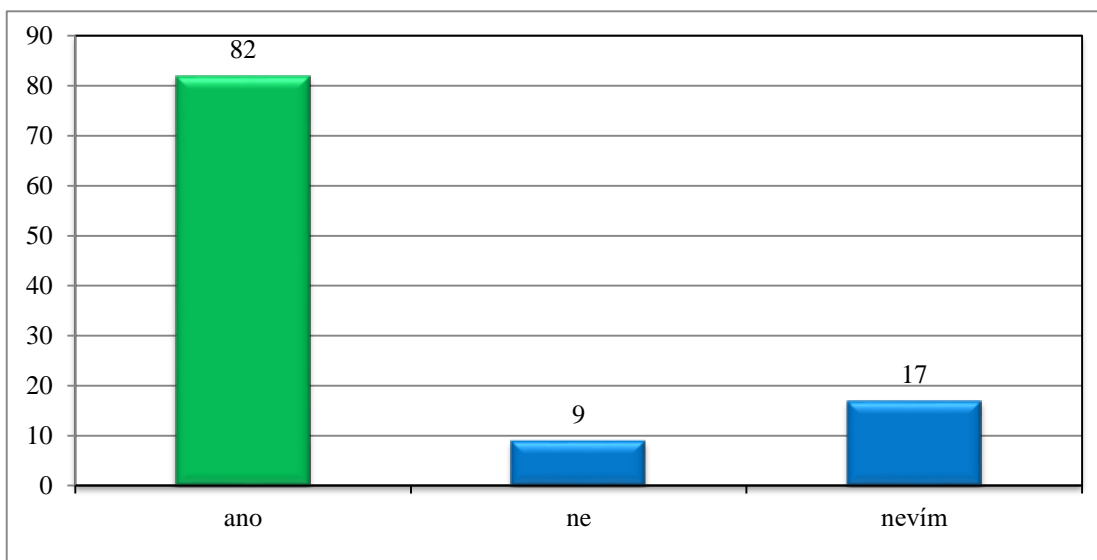
Jestli někdo na oddělení poskytl pacientům informační letáky, brožury či manuál týkající se předoperační přípravy, nám zobrazuje graf č. 32 a tabulka č. 32. 58 pacientům (53,70 %) byly tyto informační materiály poskytnuty. 46 pacientům (42,59 %) naopak nebyly poskytnuty. 4 pacienti (3,70 %) neví, zda jim někdo nabídl informační materiály.



**Otázka č. 11: Pokud jste na předchozí otázku č. 10 odpověděl/a ANO- Uvítal/a jste tuto nabídku?**

**Pokud jste na předchozí otázku č. 10 odpověděl/a NE- Uvítal/a byste tuto nabídku?**

Graf č. 33 – Uvítání nabídky informačních materiálů



Tabulka č. 33 - Uvítání nabídky informačních materiálů

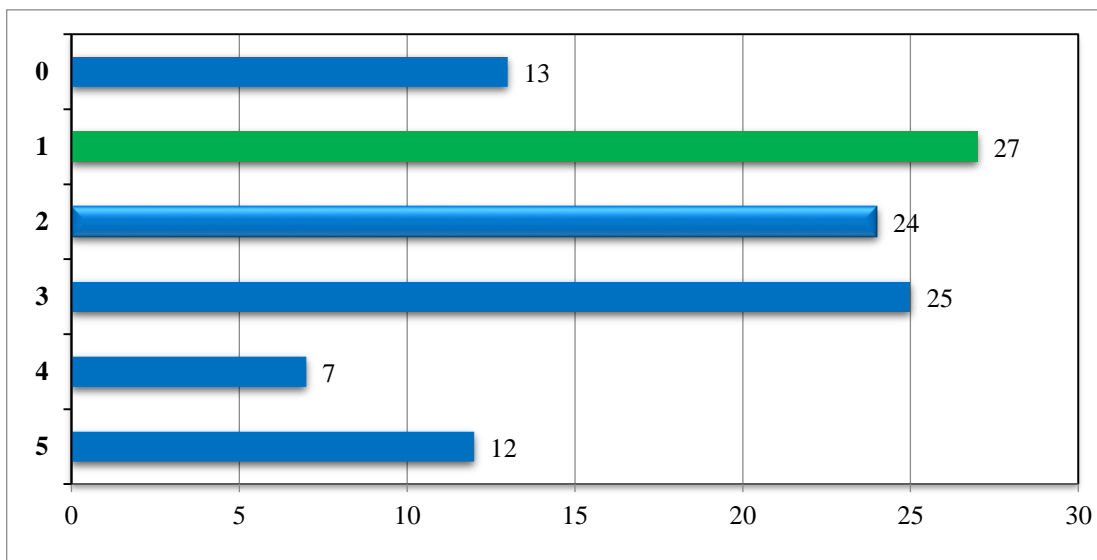
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	82	75,93 %
Ne	9	8,33 %
Nevím	17	15,74 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Zdali pacienti uvítali nabídku informačních letáků, brožur či manuálu týkající se předoperační přípravy, pokud jim byly nabídnuty, nám ukazuje graf č. 33 a tabulka č. 33. 82 pacientů (75,93 %) tuto nabídku uvítalo, 9 pacientů (8,33 %) tuto nabídku nevíta a 17 pacientů (15,74 %) si není jistých, zda by tuto nabídku uvítali.

**Otázka č. 12: Zakroužkujte míru intenzity Vašeho strachu na číselné stupnici.**

(0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5)

**Graf č. 34 – Strach před operací**



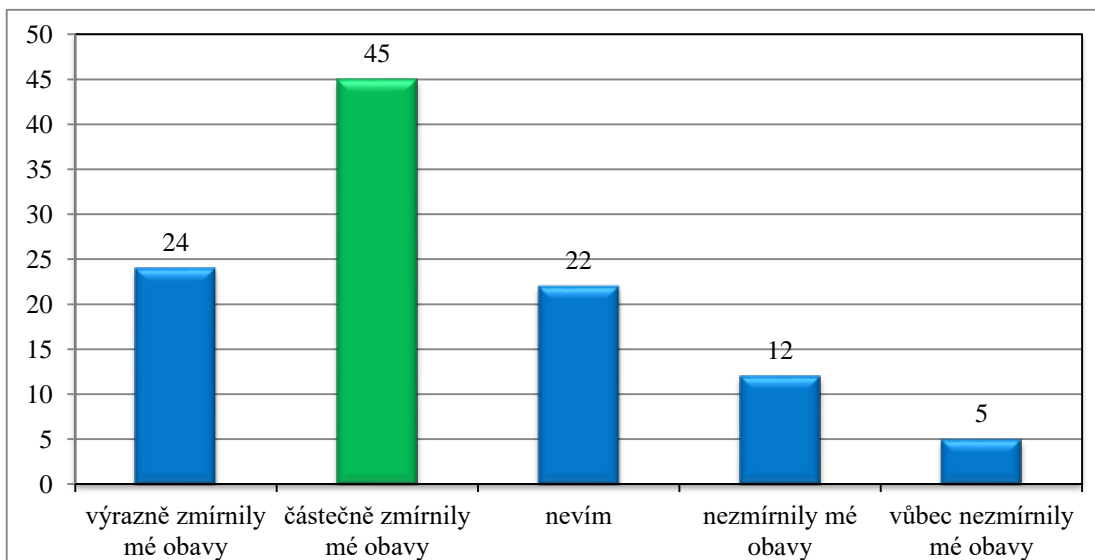
**Tabulka č. 34 – Strach před operací**

Stupeň strachu	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	13	12,04 %
1	27	25,00 %
2	24	22,22 %
3	25	23,15 %
4	7	6,48 %
5	12	11,11 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Pacienti měli u této otázky zakroužkovat na číselné stupnici míru intenzity jejich strachu před operací. Čísla byla od 0 do 5, 0 znázorňovala žádný strach a 5 velký strach. 0 zvolilo 13 pacientů (12,04 %), 1 zvolilo nejvíce pacientů (27x, což činí 25,00 %), 2 zvolilo 24 pacientů (22,22 %), 3 zvolilo 25 pacientů (23,15 %), 4 zvolilo 7 pacientů (6,48 %) a 5 zvolilo 12 pacientů (11,11 %).

**Otázka č. 13: Jak informace podané před operací sestrou ovlivnily Váš strach z operace?**

Graf č. 35 – Ovlivnění strachu pacienta předoperační edukací sestrou



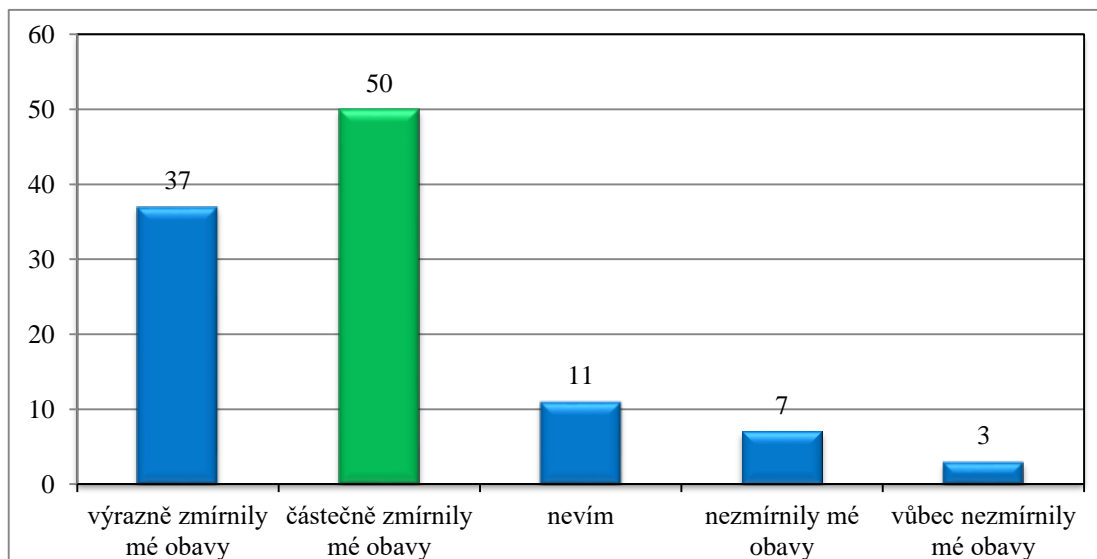
Tabulka č. 35 - Ovlivnění strachu pacienta předoperační edukací sestrou

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výrazně zmírnily mé obavy	24	22,22 %
Částečně zmírnily mé obavy	45	41,67 %
Nevím	22	20,37 %
Nezmírnily mé obavy	12	11,11 %
Vůbec nezmírnily mé obavy	5	4,63 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Z grafu č. 35 a tabulky č. 35 se dovídáme, jak informace podané před operací sestrou ovlivnily pacientův strach z operace. 24 pacientů (22,22 %) uvedlo, že podané informace výrazně zmírnily jejich obavy. 45 pacientů (41,67 %) uvedlo, že informace částečně zmírnily jejich obavy. 22 pacientů (20,37 %) nevědělo, zda podané informace ovlivnily jejich obavy. U 12 pacientů (11,11 %) informace nezmírnily jejich obavy a u 5 pacientů (4,63 %) vůbec nezmírnily jejich obavy. Jedna pacienta k zvolené odpovědi připsala, že se s tím musela vyrovnat sama. Další dopsala: „Měla jsem strach z operace, s podáváním informací to nesouviselo.“

**Otázka č. 14: Jak informace podané před operací lékařem ovlivnily Váš strach z operace?**

Graf č. 36 - Ovlivnění strachu pacienta předoperační edukací lékařem



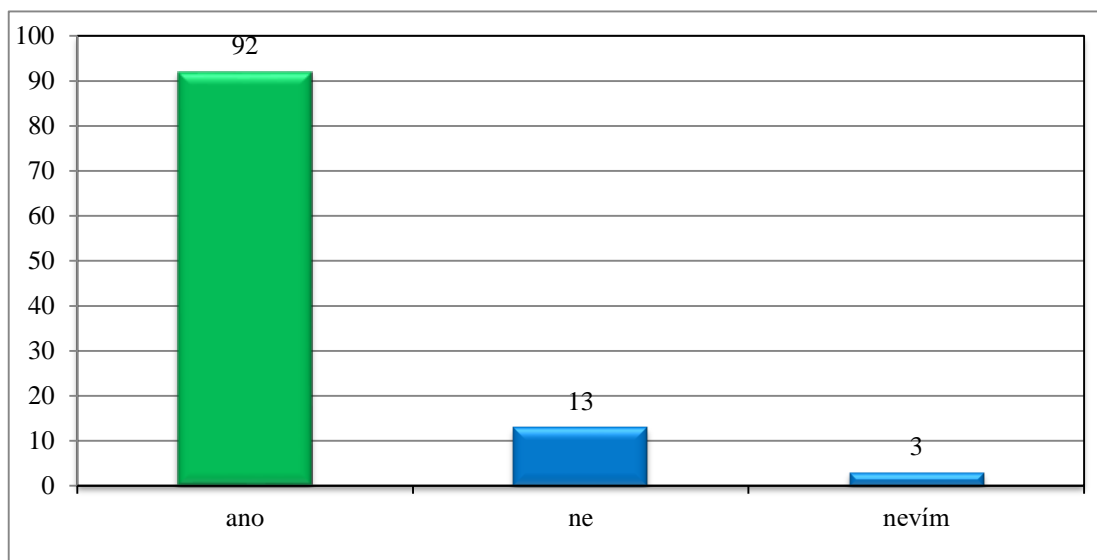
Tabulka č. 36 - Ovlivnění strachu pacienta předoperační edukací lékařem

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výrazně zmírnily mé obavy	37	34,26 %
Částečně zmírnily mé obavy	50	46,30 %
Nevím	11	10,19 %
Nezmírnily mé obavy	7	6,48 %
Vůbec nezmírnily mé obavy	3	2,78 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Z grafu č. 36 a tabulky č. 36 se dovídáme, jak informace podané před operací lékařem ovlivnily pacientův strach z operace. 37 pacientů (34,26 %) uvedlo, že podané informace výrazně zmírnily jejich obavy. 50 pacientů (46,30 %) uvedlo, že informace částečně zmírnily jejich obavy. 11 pacientů (10,19 %) nevědělo, zda podané informace ovlivnily jejich obavy. U 7 pacientů (6,48 %) informace nezmírnily jejich obavy a 3 pacientům (2,78 %) vůbec nezmírnily jejich obavy. Jedna pacientka připsala: „S lékařem jsem se o svých obavách nebavila. Neměla jsem pocit, že by k tomu byl prostor.“

### Otázka č. 15: Navštívil Vás před operací anesteziolog?

Graf č. 37 – Návštěva anesteziologa



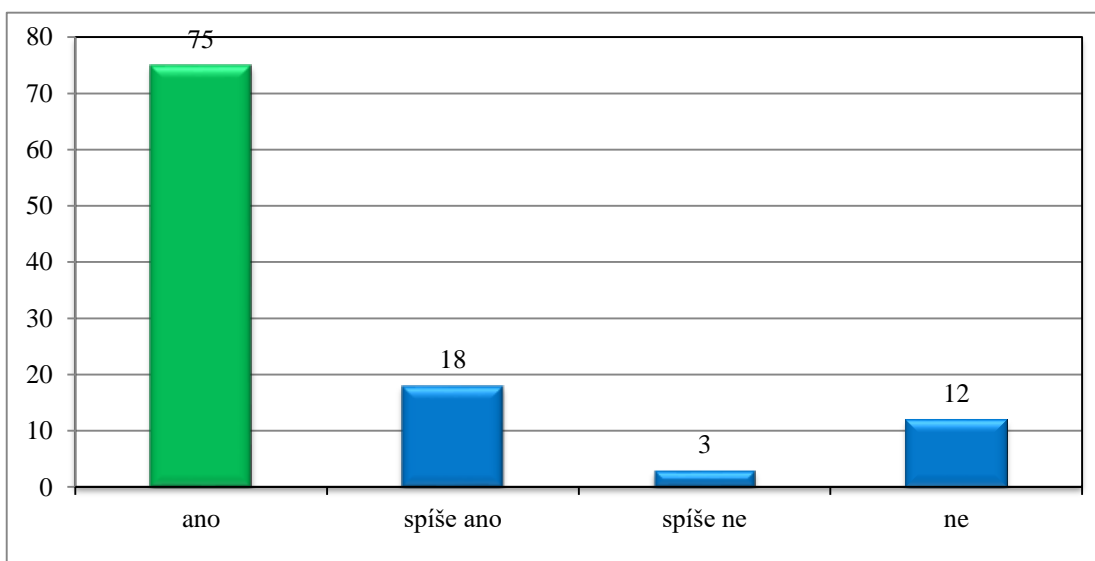
Tabulka č. 37 – Návštěva anesteziologa

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	92	85,19 %
Ne	13	12,04 %
Nevím	3	2,78 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 37 a tabulka č. 37 ukazuje, zdali pacienty před operací navštívil anesteziolog. U 92 pacientů (85,19 %) návštěva proběhla. 13 pacientů (12,04 %) anesteziolog nenavštívil a 3 pacienti (2,78 %) nevěděli, jestli za nimi anesteziolog byl.

**Otázka č. 16: Poskytl Vám anesteziolog informace, které jste potřeboval/a vědět?**

Graf č. 38 – Dostatečné informace od anesteziologa?



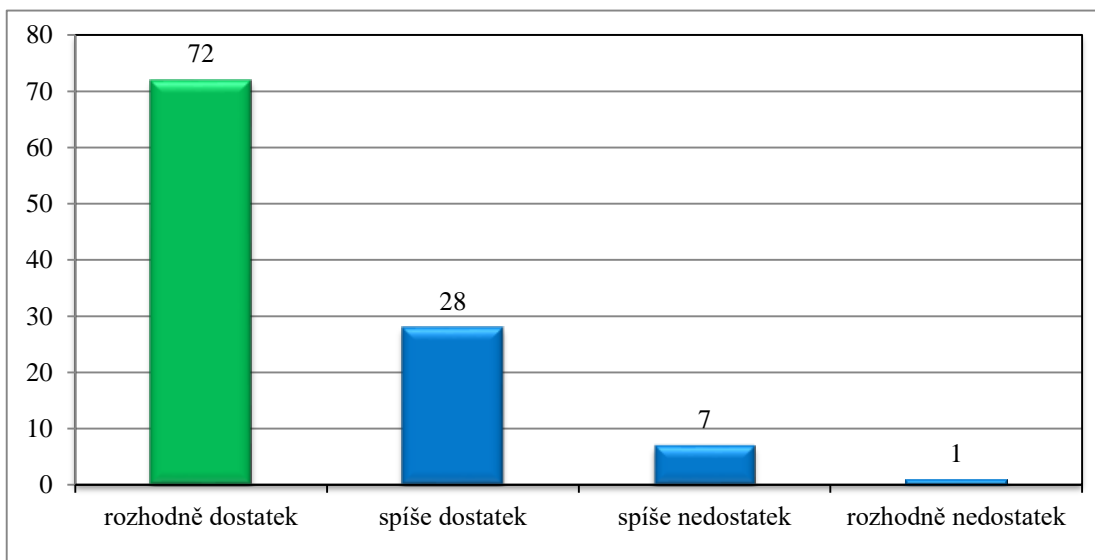
Tabulka č. 38 – Dostatečné informace od anesteziologa?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	75	69,44 %
Spíše ano	18	16,67 %
Spíše ne	3	2,78 %
Ne	12	11,11 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Z grafu č. 38 a tabulky č. 38 se dovídáme, jestli pacientům poskytl anesteziolog informace, které potřebovaly vědět. 75 pacientů (69,44 %) odpovědělo, že poskytl. 18 pacientů (16,67 %) uvedlo spíše ano a 3 pacienti (2,78 %) spíše ne. 12 pacientů (11,11 %) uvedlo, že jim anesteziolog neposkytl informace, které potřebovali vědět. Jedna pacienta ke své odpovědi doplnila: „Velmi milé chování paní doktorky.“ Další dodala, že jí byly informace poskytnuty těsně před operací.

**Otázka č. 17: Kolik času jste měl/a na prostudování informovaných souhlasů před jejich podepsáním?**

Graf č. 39 – Čas na prostudování informovaných souhlasů



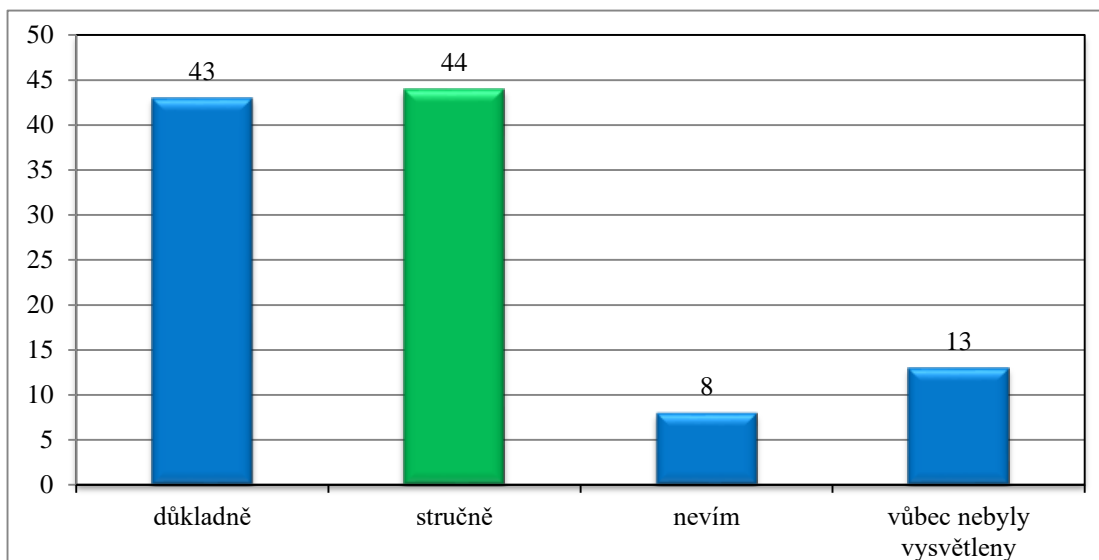
Tabulka č. 39 - Čas na prostudování informovaných souhlasů

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně dostatek	72	66,67 %
Spíše dostatek	28	25,93 %
Spíše nedostatek	7	6,48 %
Rozhodně nedostatek	1	0,93 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 39 a tabulka č. 39 znázorňuje, kolik času měli pacienti na prostudování informovaných souhlasů před jejich podepsáním. 72 pacientů (66,67 %) uvedlo, že měli rozhodně dostatek času na jejich prostudování. 28 pacientů (25,93 %) uvádí spíše dostatek, 7 pacientů (6,48 %) spíše nedostatek. 1 pacient (0,93 %) uvedl, že na prostudování informovaných souhlasů před jejich podepsáním rozhodně dostatek času neměl. Jeden pacient doplnil ke své odpovědi: „Jsem lékař, byť z jiného oboru. Informovaný souhlas dle mého názoru bohužel do značné míry slouží pouze právním účelům.“

**Otázka č. 18: Jak Vám byly před podepsáním jednotlivých informovaných souhlasů vysvětleny informace v nich obsažené?**

Graf č. 40 – Objasnění obsahu informovaných souhlasů



Tabulka č. 40 - Objasnění obsahu informovaných souhlasů

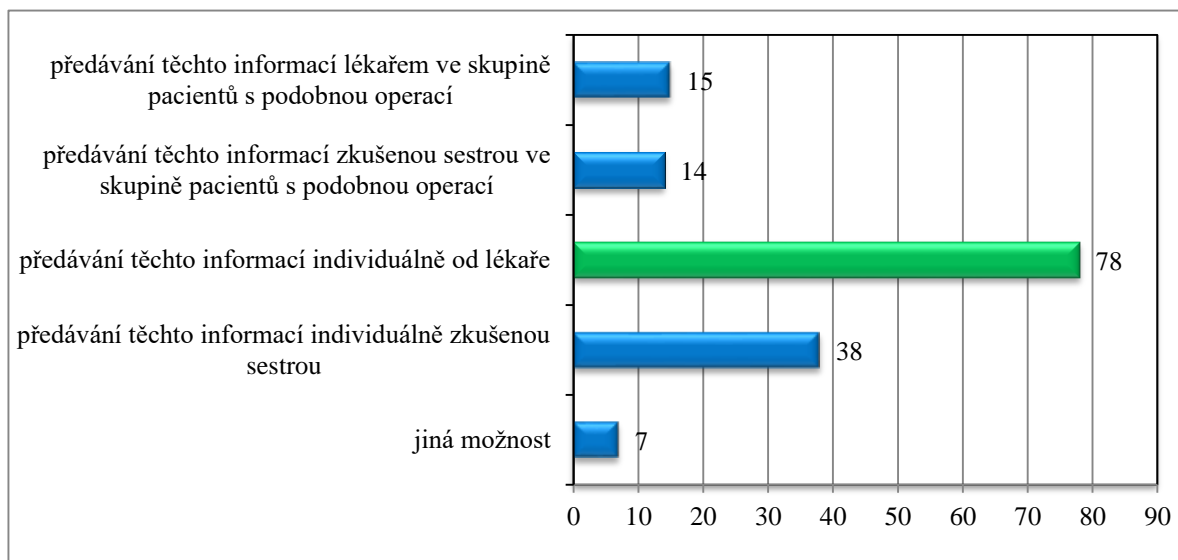
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Důkladně	43	39,81 %
Stručně	44	40,74 %
Nevím	8	7,41 %
Vůbec nebyly vysvětleny	13	12,04 %
<b>celkem</b>	<b>108</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 40 a tabulka č. 40 nám ukazuje, jak byly pacientům před podepsáním jednotlivých informovaných souhlasů vysvětleny informace, které souhlasy obsahují. 43 pacientů (39,81 %) uvedlo, že jim byly obsažené informace vysvětleny důkladně, naopak téměř stejný počet pacientů (44x, což činí 40,74 %) uvedl, že jim byly informace vysvětleny stručně. 8 pacientů (7,41 %) uvedlo, že neví, jak jim byly tyto informace vysvětleny a 13 pacientům (12,04 %) nebyly informace vysvětleny vůbec, z nichž jedna dodala: „Možná, kdybych se ptala, tak by mi někdo odpověděl.“



**Otázka č. 19: Při předávání informací o přípravě k operaci, jejím průběhu a pooperační péči v nemocnici bych dal/a přednost:**

Graf č. 41 – Formy předoperační edukace



Tabulka č. 41 - Formy předoperační edukace

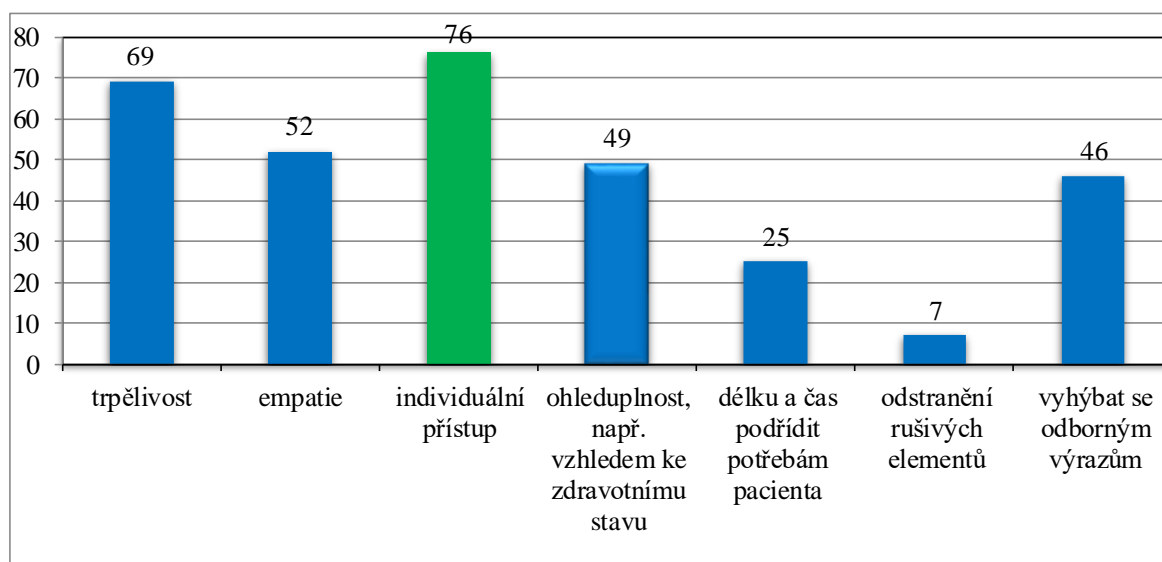
Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Předávání těchto informací lékařem ve skupině pacientů s podobnou operací	15	13,89 %
Předávání těchto informací zkušenou sestrou ve skupině pacientů s podobnou operací	14	12,96 %
Předávání těchto informací individuálně od lékaře	78	72,22 %
Předávání těchto informací individuálně zkušenou sestrou	38	35,19 %
Jiná možnost	7	6,48 %

Jaké formě předávání předoperačních informací (příprava k operaci, jejím průběhu, pooperační péči) by dali pacienti přednost? To nám znázorňuje graf č. 41 a tabulka č. 41. Pacienti mohli zaškrtnout více možných odpovědí. 15 pacientů (13,89 %) by dalo přednost předávání informací lékařem ve skupině pacientů s podobnou operací a 14 pacientů (12,96 %) předávání těchto informací stejnou formou, ale zkušenou sestrou. Nejvíce se pacienti přikláněli k možnosti předávání informací individuálně od lékaře (78x, což činí 72,22 %). Individuální předávání informací zkušenou sestrou, zvolilo 38 pacientů (35,19 %). Jinou možnost uvedlo 7 pacientů (6,48 %). Jeden pacient uvedl, že by preferoval podání těchto informací od zkušeného a především empatického lékaře. Další

uvedl, že by bylo vhodné předávání předoperačních informací individuálně od lékaře i od sestry. Podle něj dodá každý z nich trochu odlišný typ informací, které jsou důležité. Dále tento pacient dodal: „ Za optimální považuji stručný (max. 1 strana) soupis, který sestra s pacientem před operací projde a soupis pro pooperační režim dle typu operace, i když tam jsem si vědom větších rozdílů u různých pacientů.“ Jiný pacient do volné odpovědi dopsal písemnou formu a možnost konzultace. Další pacientka dodala, že byla spokojená s tím, jak to dosud je. Jiný pacient dodal podobně: „Tak jak to proběhlo, to bylo dostačující a nic bych neměnil.“ Další dopsaný názor: „V případě dotazů je nejbližší sestra, ochotně odpovídala.“ Poslední doplnění jiné možnosti bylo: „Úraz na ulici, příprava nemohla být.“

**Otázka č. 20: Jaké by měl podle Vás dodržovat zdravotník zásady při předávání předoperačních informací pacientovi?**

Graf č. 42 – Zásady zdravotníka při předávání informací



Tabulka č. 42 - Zásady zdravotníka při předávání informací

Zásady	Absolutní četnost	Relativní četnost
Trpělivost	69	63,89 %
Empatie	52	48,15 %
Individuální přístup	76	70,37 %
Ohleduplnost (ke zdravotnímu stavu)	49	45,37 %
Délku a čas podřídít potřebám pacienta	25	23,15 %
Odstranění rušivých elementů	7	6,48 %
Vyhýbat se odborným výrazům	46	42,59 %

Pacienti měli z možností v této otázce vybrat 3 zásady, které jsou podle nich nejdůležitější. Nejvíce (76x, což činí 70,37 %) byl volen individuální přístup a trpělivost (69x, což činí 63,89 %), následně empatie (52x, což činí 48,15 %), ohleduplnost- například ke zdravotnímu stavu (49x, což činí 45,37 %), vyhýbání se odborným výrazům (46x, což činí 42,59 %), délku a čas podřídít potřebám pacienta (25x, což činí 23,15 %) a 7 pacientů (6,48 %) zvolilo odstranění rušivých elementů.

## 11 Diskuse

Tato diplomová práce se zabývá edukací pacienta před anestezií u operačních výkonů v ortopedii a roli sestry v této edukaci na našem pracovišti. Role sestry před anestezií je již popsána v kapitole Úloha sestry v předoperační přípravě před ortopedickým výkonem, dále se v této kapitole podrobněji odkrývá. Záměrně se v diskusi budu nejprve věnovat dílčím cílům práce, které napomáhají dojít k hlavnímu cíli. Vzhledem k celkovému významu postavení pacienta ve zdravotnictví budu nejprve zjišťovat, jaká je míra spokojenosti a informovanosti pacientů před operací.

***Dílčí cíl č. 1:** Zjistit míru spokojenosti a informovanosti pacientů před operací.*

Výzkumného šetření se účastnili pacienti, kteří podstoupili plánovaný operační zákrok na ortopedii. Nebylo důležité, o jaký typ operace se jednalo, operace byly různé. Záleželo pouze na tom, jestli pacient operační výkon podstoupil. Jak jsem již v práci uvedla, tak převážnou část pacientů na ortopedii tvoří starší lidé, což se také potvrdilo. Skupinu nad 50 let tvořilo celkem 80,56 % respondentů a nad 60 let 61,11 % respondentů. Existují různá dělení stáří. Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) je stáří definováno od 60-65 let výše. Výsledné věkové zastoupení pacientů jsem předpokládala, proto jsem se v kapitolách o komunikaci více zaměřila na seniory a na jejich specifika. V literatuře se jako nejčastější chyba při komunikaci se seniory uvádí například užívání odborné terminologie, což se ve výsledcích výzkumu také objevuje, ale ne jako nejčastější chyba. Dále je jako jedna z častých chyb v literatuře uváděna jednosměrná komunikace bez zpětné vazby, což ve výsledcích naopak vyšlo velmi pozitivně. Téměř většina (84,26 %) dotázaných pacientů uvedla, že si zdravotník ověřuje zpětnou vazbou porozumění informací, které pacientům podávají. Všem informacím, které jim byly před operací sestrou poskytnuty, rozhodně porozuměli. Z výsledků dále vyplývá, že všichni pacienti vyžadují při předávání informací především individuální přístup a trpělivost.

Každý pacient má právo na to být informován, má právo na veškeré informace. V poslední době roste potřeba vyšší informovanosti. Tato potřeba může být spojena především se vzrůstající vzdělaností. Zahraniční studie (např. Johansson et al., 2014) poukazují na to, že pacienti s vyšším stupněm vzdělání očekávají před operací více informací, jejich očekávání však zůstává z větší části nenaplněné. V tomto výzkumu byli nejvíce zastoupeni pacienti se středoškolským vzděláním. Když spojím respondenty s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním do jedné skupiny, je zastoupení této skupiny srovnatelná počtem se středoškolskou. Z toho vyplývá, že mohla mít většina dotazovaných pacientů vyšší potřebu informovanosti. Vysokoškolsky vzdělaných pacientů, kteří vyplňovali dotazník, bylo 29 ze 108. Zaměřila jsem se na to, jak hodnotili právě tito pacienti podávání předoperačních informací sestrami. 13 z nich (44,83 %) hodnotilo podávání informací jako uspokojivé, 15 z nich (51,72 %) jako velmi uspokojivé, pouze 1 z nich nebyl spokojen. Kvalitu a množství poskytnutých informací od sester hodnotili stejně, to znamená, že byli v tomto ohledu také spokojeni. Z jejich hodnocení vyplývá, že byli spokojeni, tudíž se dá říci, že bylo jejich očekávání z poskytnutých informací

naplněno. Celkově pacienti hodnotili podávání předoperačních informací sestrami za velmi uspokojivé, což je dobrý výsledek pro obě strany. Sestry hodnotily také pozitivně, předoperační edukaci klasifikují jako velmi dobrou. Z obou stran vyplývá spokojenost s podanými informacemi před operací. Množství i kvalitu podaných informací sestrami hodnotili pacienti jako uspokojivé až velmi uspokojivé. V množství a kvalitě se mohou objevovat i mírné nedostatky, protože převažovalo hodnocení uspokojivé nad velmi uspokojivým. Otázky pro pacienty na množství a kvalitu poskytnutých informací byly hodně obecně položeny. Zde by bylo vhodné použít další výzkumnou metodu, a to rozhovor, pro kvalitnější výsledky a odkrytí případných nedostatků. V posledních pěti letech se tématem informovanosti pacientů před operací zabývalo pár akademických prací. Například Kadidlová (2015) ve výsledcích své práce uvádí, že byli pacienti dostatečně informováni před operačním výkonem. Z ostatních prací nevyplývá jednoznačně dostatečná informovanost, objevují se i nedostatky. Výzkumné šetření těchto prací včetně mé jsou prováděny na úrovni jednotlivých oddělení, klinik či nemocnic, proto by bylo zajímavé provést výzkum plošnějšího charakteru, co se týče informovanosti pacientů před operačním výkonem a zahrnout do něj více zdravotnických zařízení v ČR. Zajímavé by bylo provést ho se zaměřením pouze na informovanost pacientů sестrou.

Pafko a Mach (2013) popsali, že je ze zákona povinností před jakýmkoli zákrokem získat od pacienta jeho souhlas. Pacient udává souhlas svobodně a měl by být vždy před jeho udělením důkladně informován. Písemnou formu zákon stanovuje jen ve výjimečných případech, jako je revers. Mimo zákonem stanovené případy však záleží na rozhodnutí jednotlivých poskytovatelů služeb, kdy budou písemnou formu vyžadovat. Písemný informovaný souhlas před anestezií a operačním výkonem bývá u nás zpravidla předpokladem pro jejich poskytnutí, jak uvádí i Málek (2011). Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že měli pacienti před podepsáním jednotlivých informovaných souhlasů rozhodně dostatek času, což je pro jejich prostudování důležité. Dostatek času jim u nás zajišťují sestry tím, že jim předem připravené souhlasy předávají již v přijímací kanceláři. Informace, které jsou v souhlasech obsaženy, za jejichž objasnění zodpovídá lékař, jim byly zhruba v polovině případů vysvětleny stručně, druhé polovině zas byly vysvětleny důkladně. Někteří pacienti také uvedli, že jim informace nebyly vysvětleny vůbec. Stejně jako u sester, které za nejčastější překážku v edukaci udávaly nedostatek času a shon, bych v tomto viděla odůvodnění nedostatečného objasnění informací v informovaných souhlasech pacientovi lékařem. Může se však jednat o další možné překážky. I když slouží informované souhlasy převážně právním účelům, pacienti mají na vysvětlení informací v nich právo, takto to v literatuře vyličil například Pafko (2013). Ve výzkumné části připsal k odpovědi v dotazníku stejný názor jeden pacient, který je shodou okolností také lékařem. Na základě zjištěných výsledků se domnívám, že by měli lékaři na naší klinice více přizpůsobit čas potřebám pacienta na vysvětlení informací obsažených v informovaných souhlasech. Přizpůsobit čas pacientům by měli podle mě nejen v případě informovaného souhlasu, ale i celkově. Rozhovor s lékařem hraje pro pacienta velmi důležitou roli, což uvedl Wendsche et al. (2012). U zmiňované otázky o informovaných souhlasech jsem předpokládala, že bude označeno více odpovědí o stručném informování. Překvapením byl pro mě naopak vyrovnaný výsledek odpovědí stručného a důkladného informování.

Zajímavé by bylo zeptat se pacientů na to, zda jim vadilo či nevadilo, že jim byly informace ze souhlasů poskytnuty stručně. Možným vysvětlením je, že pacienti mysleli při označování odpovědi na přijímacího lékaře i anesteziologa dohromady a odpověď shrnuly, nebo zdali jeden z lékařů odpověď ovlivnil a jak. Pro zjištění těchto informací by bylo také vhodné doplnit dotazník otázkami formou rozhovoru.

Jistě zajímavým výsledkem od pacientů je fakt, kdo jim podal po přijetí do nemocnice nejvíce informací o předoperačním, operačním a pooperačním průběhu. Nejvíce informací pacienti dostali od sester, vzápětí od lékařů. Kadidlová (2015) ve své práci zjistila, že u nich nejvíce informací pacienti dostali jednoznačně od sestry. Svoji roli pro pacienty hraje u nás také anesteziolog, jehož pacienti v dotazníku uváděli v menší míře. V tomto případě uvažuji o tom, zdali pacienti dostatečně pochopili otázku, i když bylo v otázce slovo „nejvíce“ zřetelně zvýrazněno, čímž by mohly být výsledky ovlivněny. Otázka se týkala informací celého průběhu hospitalizace, jež byly podány po přijetí. Anesteziolog nepodá všechny informace, co se týče předoperačního i pooperačního průběhu, zaměřuje se převážně na informace týkající se samotné operace (viz kapitola anesteziologická příprava), informace o předoperačním a pooperačním průběhu podá podle mého názoru jen v omezené míře a to ze svého hlediska. Ti pacienti, kteří zvolili jiného zdravotnického pracovníka, museli mít na mysli ošetřovatele nebo sanitáře, i když nebyl v odpovědi blíže specifikován. Fyzioterapeuti u nás totiž před operací vůbec needukují. Sanitář či ošetřovatel by neměl odborné informace pacientům vůbec podávat, i když by měl dostatek vědomostí, není k tomu oprávněn. Uvést více možných odpovědí či možnost volné odpovědi nebylo nabídnuto záměrně, aby pacienti museli vybrat jednoho zdravotnického pracovníka, který jim podal nejvíce informací. Výsledek by při těchto možnostech neměl tak vypovídající hodnotu.

Při zamyšlení se nad spojitostí některých výsledků, docházím k zajímavé skutečnosti. Pacienti uvedli sestry jako zdravotnické pracovníky, kteří je před operací informují nejvíce. Můžeme vycházet z toho, že s nimi pacienti tráví nejvíce času, což popisuje například Bartůněk a Ptáček (2011). Celkově hodnotí pacienti edukaci sester velmi uspokojivě, množství a kvalitu informací uspokojivě. Proč tedy na otázku týkající se formy předávání informací o přípravě k operaci, jejím průběhu a pooperační péči, dávají pacienti přednost jednoznačně předávání těchto informací individuálně od lékaře? Je to zřejmě dáno tím, co pro ně lékař představuje. Je stále nadřazen sestře, co se týče jeho vzdělanosti a kompetencí. Praxe známá z anglicky mluvících a skandinávských zemí, kdy detailní informace o chirurgickém zákroku poskytuje sestra se speciálními a rozšířenými kompetencemi není v ČR ještě rozšířena. V případě předoperační edukace nejde jen o vzdělání edukátora, ale také o jeho zkušenosti. Další vliv na pacienty bude mít podle mě stále doznívající paternalistický model vztahu mezi lékařem a pacientem, jež uvádí Ptáček, Bartůněk et al. (2011). Jedním z názorů, které pacienti uvedli do volné odpovědi, bylo předávání předoperačních informací individuálně od obou zdravotníků, od lékaře i sestry, vzhledem k tomu, že každý z nich může podat odlišný typ informací, s čímž souhlasím.

Z některých uváděných zahraničních studií vyplývá, že předoperační edukace nemá na pacienta významný pooperační vliv (Culliton et al., 2012; McDonald et al., 2014; Aydin

et al., 2015). Z hlediska informovanosti a spokojenosti jiné studie prokázaly, že zvyšuje pacientovu spokojenost (Friedman et al., 2011; Hospital for Surgery, 2016) a zlepšuje jejich informovanost (Ronco et al., 2012), což je pro pacienty důležité pro saturování jejich potřeb.

Z výzkumu Chmelařové (2010) například vyplynulo, že informovanost pacientů sestrami před operací není zcela dostatečná, což potvrzují pacienti, kteří nebyli zcela spokojeni s obsahem poskytnutých informací. Někteří zdravotničtí pracovníci si potřebu dostatečné informovanosti neuvědomují, i když sestry hodnotily podané informace za dostačující.

Na základě vyhodnocení výsledků mého výzkumu vztahujících se k dílčímu cíli č. 1 je zřejmé, že byli pacienti spokojeni s předoperační edukací a byli dostatečně informováni, ať už sestrami či lékaři. K potvrzení spokojenosti pacientů přispělo také jejich bezprostřední vyjádření v dotazníku, kde doslova popsali, že byli spokojeni s tím, jak u nás podávání informací před operací probíhá. Dílčí cíl č. 1 byl tímto splněn.

### ***Dílčí cíl č. 2: Zhodnotit kvalitu a obsah edukace prováděné sestrou.***

Kvalitu není jednoduché zhodnotit. Snažila jsem se o to prostřednictvím výzkumných otázek, které by o kvalitě a také obsahu edukace vypovídaly. Nápomocné mi při zhodnocení kvality edukace byly také standardy.

Na oddělení máme standardy, které by měly popisovat, jak má vypadat kvalitní péče. Jedním ze standardů je také standard o edukaci. Obsahuje obecné informace o edukaci s přílohou, ve které je edukační list jako vzor s konkrétní edukační diagnózou. Nemyslím si však, že by tento vzor k realizaci edukace nějak zásadně přispěl. Ptala jsem se sester, zdali mají na jejich pracovišti standardy o edukaci. Nejčastěji se mi dostávalo odpovědi, že tyto standardy mají a pracují s nimi. Vzhledem k tomu, že znám obsah standardu, si nemyslím, že by s ním některá sestra opravdu pracovala. Tuto odpověď zvolily nejspíše proto, že díky akreditačním vědí, jaké mají být učiněny kroky vedoucí ke kvalitní péči, ale už je po jejich udělení neplní na 100 %. V tomto případě věřím spíše sestrám, které uvedly, že je na pracovišti mají, ale nepracují s nimi a těm, které uvedly, že neví, zdali je na pracovišti vůbec mají. Několik sester označilo odpověď, že je na pracovišti nemají a jedna sestra navíc uvedla, že by byly vhodné, kdyby na pracovišti byly. Na každém pracovišti této nemocnice je povinností mít tyto standardy. Pokud by nebyly k dispozici v písemné podobě, mají sestry povinnost vědět, kde je naleznou v podobě digitální. Kvalita edukace může být posuzována interními audity. Jedna z posuzovaných součástí edukace může být kontrola zápisů edukace do edukačních záznamů, ve které lze částečně ověřit správnost provedení edukace. Převážná část sester uvedla, že záznamy o provedení edukace provádějí vždy. Jen pár sester uvedlo, že jej zaznamenává pouze někdy a dvě sestry neprovádějí zápis nikdy. Zarazilo mě, že jsou sestry, které zápis vůbec neprovádějí, zřejmě na to nejsou upozorněny. Kvalitu edukace dále posuzují podle toho, jaké mají sestry teoretické znalosti v edukaci a odborné znalosti týkající se konkrétních témat edukace. Sestry na naší klinice si myslí, že mají spíše dostatek teoretických znalostí i odborných znalostí. Na základě těchto dvou otázek by se dala postavit další výzkumná práce, otázky

jsou příliš obecné, nemusejí mít vypovídající hodnotu. Odborné znalosti se týkají konkrétně předoperační přípravy, průběhu anestezie, průběhu operace a pooperační péči. Několik sester si myslí, že mají sestry na jejich pracovišti o některých odborných tématech znalostí méně. Zajímalo mě, jakou praxi mají sestry, které uvedly tuto odpověď, i když jich bylo poměrně málo v poměru s celkovým počtem sester, které byly zahrnuty do výzkumu. Myslím si, že jsou to sestry, které na klinice pracují dlouho a tento názor mínily na sestry, které zde pracují naopak krátce a nemají tudíž ještě tolik zkušeností, což by bylo pochopitelné. Po dohledání dotazníků s těmito odpověďmi jsem zjistila, že tři sestry ze šesti měli mnou předpokládanou praxi 20 a více let, dvě měly praxi 5-9 let se specializací a jedna praxi 1-4 roky s bakalářským titulem. Odpovědi byly tedy ovlivněné nejen praxí, ale i vzděláním.

Standardy o edukaci na našem pracovišti popisují také kompetence zdravotnických pracovníků edukujících pacienty v této oblasti v rozsahu jejich odborné způsobilosti, ale také v rozsahu jejich znalostí a dovedností. Standardy vycházejí podle doporučení SAK (2013). Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, z které vyplývají kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků, však rozsah znalostí a dovedností v souvislosti s edukací nezmiňuje. Všeobecná sestra podle našeho standardu edukuje pacienty o ošetrovatelských postupech, konkrétně je na příkladu uvedena také předoperační příprava a pooperační péče. Ve výsledcích většina sester uvádí, že znají své kompetence v oblasti edukace. Část sester si myslí, že jsou jejich kompetence přiměřené, některé by chtěly větší, dalším nejsou srozumitelné. Žádná sestra nezastávala názor, že by byly kompetence moc rozsáhlé, k čemuž se také přikláním. Převážná část sester pracuje podle toho, jak je nezbytné, podle mě se vždy snaží zajistit co nejlepší péči. Z této skutečnosti vyplývá, že mohou překračovat své kompetence. Na otázku, zdali sestry porušily své kompetence týkající se péče o pacienta před operací, nejvíce sester odpovědělo, že neví, jestli je porušily. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že je neporušily nikdy. Z těchto výsledků mi vyplývají domněnky, jestli sestry opravdu znají své kompetence, nebo zdali se bály vyjádřit svůj názor. Která z těchto domněnek může být pravým důvodem jejich odpovědí, není z našich výsledků jasné. K jejich odkrytí by mohl přispět rozhovor, ve kterém by se však mohly také bát vyjádřit svůj názor. Vhodnější metodou by mohlo být pozorování při edukaci, které by mělo očekávaný přínos.

Kvalitu edukace můžou ovlivňovat nejrůznější překážky. Do výzkumné otázky týkající se překážek v edukaci byly použity příklady, které uvádí Svěráková (2012) a Zacharová (2010). Nejčastější překážku, která z výsledků vyplynula a kterou jsem již zmiňovala v dílčím cíli č. 1, je nedostatek času a shon, s čímž zřejmě každý zdravotník bude souhlasit. Jako další časté překážky sestry uváděly rušivé prostředí, špatný zdravotní stav pacienta, bolest a emoce. Zajímavé je, že při výběru třech zásad u zdravotníka, které jsou pro pacienta při předávání informací nejdůležitější, zvolilo možnost odstranění rušivých elementů při edukaci nejméně pacientů. Zřejmě pacientům během edukace nevadí, sestrám naopak vadí. Jako ojediněle se vyskytující překážky uvádějí sestry nedostatek teoretických a odborných znalostí, což jen potvrdilo odpovědi u otázek, které se znalostí sester v edukaci týkaly. Sestry uváděly dostatek těchto znalostí. Mezi další



překážky patřila nevhodná komunikace, neschopnost týmové spolupráce a přehlížení potřeb pacienta, které se také vyskytují minimálně. Čtyři sestry uvedly, že se u nich na pracovišti nevyskytují s četností častého výskytu žádné překážky. Překážky v edukaci mohou způsobovat výskyt nejrozumnějších komplikací. Sestry se s výskytem komplikací, které by mohly být způsobeny nedostatečnou předoperační přípravou a edukací, setkávají vcelku výjimečně.

Součástí tohoto dílčího cíle bylo také zhodnotit obsah edukace prováděné sestrou. Obsah edukace lze vyvodit z kapitoly Úloha sestry v předoperační přípravě před ortopedickým výkonem a z témat, o kterých sestry před operací edukují. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji edukují o ošetrovatelských postupech, které provádějí v předoperačním a pooperačním průběhu během hospitalizace pacienta. Jsou jimi témata o příjmu tekutin a stravy, hygieně, přípravě operačního pole, o vyprázdnění střeva a zavedení močového katetru, o prevenci TEN, o pooperačním období, o rehabilitaci. Do edukace o rehabilitaci by měli být zapojeni rehabilitační pracovníci, což u nás před operací zřejmě neprobíhá. Dalším tématem je podávání transfuzních přípravků. O tomto tématu by měli edukovat pacienty převážně lékaři, protože za podání transfuzního přípravku zodpovídají, sestry lékařům u výkonu pouze asistují. Další témata, o kterých sestry na oddělení také edukují i když v menší míře, jsou témata o operačním výkonu, o průběhu na operačním sále, o anestezii, jejích možnostech a rizicích. Všechna zmíněná témata spadají do kompetencí lékaře, čímž sestry ty své překračují. Sestry by z těchto témat mohly edukovat o průběhu na operačním sále, nejvhodnější by však byla edukace anesteziologickými sestrami. Dále bylo zjištěno, že ve větší míře sestry edukují také o chronické medikaci a premedikaci, čímž jednoznačně porušují své kompetence, opět se totiž jedná o kompetence lékaře. Jak je možné, že edukují sestry o lécích a dalších výše uvedených tématech? V některých zahraničních zemích, jak uvádí Kroezen et al. (2011), kde mají sestry pokročilejší kompetence a mohou například předepisovat léky, mohou pak o nich také edukovat. Vysvětlení o překračování kompetencí sester u nás v této oblasti spočívá podle mě v tom, že pacienti o tyto informace sestry požádají, protože jim nebyly poskytnuty a sestry chtějí zajistit kvalitní péči a informovanost pacientů. Jednou z těchto situací vyplývajících z výsledků výzkumu je, když na oddělení nedorazí anesteziolog. Tato situace jasně vyplývá z dotazníků od sester, které udávají, že se to stává poměrně často. Pacienti uváděli paradoxně přesný opak. 85,19 % jich totiž uvedlo, že je anesteziolog před operací navštívil, což nám tento fakt vyvrací. Když vezmu v potaz to, že výzkum probíhal pouhé dva měsíce a sestry pracují na oddělení několik let, výsledky od sester mají z tohoto ohledu větší vypovídající hodnotu. Ze zkušeností vím, že je návštěva anesteziologa pro pacienty důležitá. Pokud anesteziolog nedorazí, pacienti mají nezodpovězené otázky, na které chtějí znát odpovědi. Edukace anesteziologem pak ve většině případů proběhne na sále, jak sestry uvádějí. Dále uvádějí, že funkci anesteziologa na oddělení většinou zastane sestra, což opět potvrzuje překračování jejich kompetencí. Z toho následně vyplývá, že sestry edukují pacienty o medikaci, anestezii a dalších tématech. Důvodem, proč anesteziolog často nedorazí, bývá jejich vyčerpání nadměrným operačním programem. Po skončení programu by uskutečnění návštěvy pacientů na oddělení znamenalo práci přesčas, která jim zřejmě není proplácena. Sestry označovaly srovnatelně anesteziologa a sestru,

kterí na oddělení edukují pacienty před anestezií. U této otázky mám pochybnosti, zdali ji sestry pochopily správně. Matoucí mohlo být slovo „anestezie“, které však bylo uvedeno záměrně. Tato otázka i tak opět potvrzuje překračování kompetencí. Přesto že dochází velmi často k tomu, že nedorazí anesteziolog, většina sester uvedla jako nejvhodnější možnost anesteziologické přípravy právě zmiňovanou návštěvu anesteziologa den před výkonem na oddělení. Jiné možnosti sestry označily minimálně. Buď jsou sestry opravdu spokojené s touto možností i přes častou absenci anesteziologa, nebo se nad jinými možnostmi ani nezamyslely, i když byly v dotazníku nabídnuté. Zajímalo by mě, jak by se vyjádřily k jiným možnostem anesteziologické přípravy, kdyby s nimi byly více seznámeny.

Vzhledem k tomu, že jsem v tomto cíli hodnotila kvalitu i obsah edukace prováděné sestrou na základě výsledků výzkumu, byl tímto dílčí cíl č. 2 splněn. Podle SAK (2013) je jedním z kritérií naplnění standardu, který popisuje kvalitu edukace, dostatečná informovanost pacientů. Edukaci pacientů na našem pracovišti hodnotím jako kvalitní, protože máme zavedené standardy o edukaci, splňujeme jejich kritéria pro dostatečnou informovanost pacientů, která byla výsledky výzkumu prokázána.

### ***Dílčí cíl č. 3: Zjistit současné kompetence sestry v edukaci pacientů před anestezií.***

Kompetence sester vycházejí z vyhlášky č. 55/2011 Sb. Jaká je realita kompetencí v praxi související s edukací, vyplynulo z hodnocení výzkumných otázek v dílčím cíli č. 2, čímž jsem zároveň splnila cíl č. 3. Výsledkem je především zjištění o překračování kompetencí sester, které je v praxi častým jevem, jenž dokazuje například výzkum, který popisuje Mikšová (2014).

### ***Hlavní cíl: Zhodnotit úroveň a efektivnost edukace pacienta sestrou před anestezií z pohledu pacienta i pohledu sestry.***

Všechny předešlé cíle jsem popisovala z pohledu pacienta i sestry, u tohoto cíle tomu nebude jinak, jak už vyplývá z jeho názvu. Úroveň edukace je stupeň její kvality, jenž je popsán výše. Opět zde dochází k prolínání a návaznosti jednotlivých cílů práce. Pro efektivní edukaci je podle mého názoru nejdůležitější efektivní komunikace, z toho důvodu jsem se komunikaci ve své práci tolik věnovala. Efektivní komunikace je dle Pokorné (2011) komunikací otevřenou, komunikující si v ní rozumí, v případě nepochopení jsou schopni vše objasnit. Téměř všichni pacienti ve výsledcích uvedli, že poskytnutým informacím od sester porozuměli. V případě nejasností mohli vznést dotazy, na základě kterých jim byly nejasnosti objasněny. Efektivní komunikace vyžaduje specifické komunikační dovednosti na profesionální úrovni, které je třeba se učit. Vzhledem k tomu, že má většina dotazovaných sester dostatečnou praxi, si myslím, že by měly být schopny efektivní komunikace. Téměř jedna třetina sester (27,91 %) má praxi více jak 20 let. Dle Plevové (2011) uplatňují zdravotníci komunikační dovednosti individuálně, s čímž souhlasím, proto je ale důležitá skladba týmu, v němž se zdravotníci navzájem doplňují. Podmínka funkčního mezioborového týmu pro efektivnost edukace vyplynula také

z výzkumu, který popisuje Vlhová (2013). Spolupráce při edukaci vychází dle SAK (2013) z potřeb pacienta a ne vždy je nutná. Neschopnost týmové spolupráce je považována za jednu z překážek edukace. Sestry tuto překážku uvedly pouze ve 2 ze 43 případů, čímž dokazují, že mají fungující týmy. Pacienti byli před operací informováni od lékaře, sestry a anesteziologa. V jaké míře a s jakou návazností od jednotlivých zdravotníků jsme se však z výzkumu nedozvěděli. Otázka byla v tomto směru zaměřena pouze na to, který z těchto zdravotníků podal pacientům nejvíce informací po přijetí do nemocnice. Lepší informace by nám podle mého názoru v tomto směru poskytl rozhovor.

Sestry i pacienti hodnotili komunikaci sester s pacienty převážně jako velmi dobrou. U pacientů nebyla žádná z výzkumných otázek zaměřena na komunikaci, ale na předoperační předávání informací, kterou pacienti hodnotili jako velmi spokojivou. Vzhledem k tomu jak komunikace souvisí s edukací, předpokládám, že by pacienti hodnotili komunikaci stejně jako edukaci. Když jsem se sester zeptala, jestli by měly zájem rozšířit svoje znalosti v komunikaci, odpovědi na tuto otázku se lišily. Většina sester by nejspíš zájem mělo, záleželo by však na zaměření kurzu či semináře rozšiřující znalosti v komunikaci. Myslím si, že jedno z témat by mělo být zaměřeno na geriatrické pacienty, vzhledem k jejich četnosti na ortopedii a pro větší efektivnost a uplatnění v praxi by měly být semináře pravidelně opakovány. Z výzkumu sester o vnímání změn ve stáří ovlivňující edukační proces, který popisuje Šmídová a Nováková (2013) vyšlo najevo, že většina sester nepřikládá komunikaci se seniory při edukaci větší význam. V tomto případě by byly semináře obzvláště vhodné. Záleželo by však na tom, jestli by po jejich absolvování došlo v jejich vnímání k nějakým změnám a jak by se to projevilo v praxi.

Efektivnost edukace může být ovlivněna různými překážkami. Nejčastěji sestry uváděly nedostatek času a shon, jak jsem již výše v jiné souvislosti popisovala. Dalšími častými překážkami jsou podle sester rušivé prostředí; špatný zdravotní stav pacienta, bolest, emoce; ale také jazykové, kulturní a etnické bariéry. Tyto překážky byly uvedeny podle Svěrákové (2012) a překážky týkající se komunikace podle Zacharové (2010).

Pro kvalitní a efektivní edukaci je podle mě důležité to, jak je sestrami vnímán její význam. Většina sester si myslí, že má smysl, protože je jedním z kritérií kvality poskytované péče, jak uvádí v literatuře Raková a Čičáková (2012). Mnoho sester si také myslí, že snižuje výskyt komplikací a zmenšuje úzkost pacienta, což potvrzují různé zahraniční studie (Jlala et al., 2010; Friedman et al., 2011; McDonald et al., 2014; Aydin et al. 2015 aj.). I když byli pacienti spokojeni s předáváním informací před operací, poskytnuté informace zmírnily jejich obavy pouze částečně, a to jak od lékaře tak sestry. Pouze částečné ovlivnění obav mohlo být z toho důvodu, že jejich strach před operací nedosahoval takové míry. Výsledky výzkumu ukazují, že se průměrné vyjádření strachu pacientů na číselné stupnici od 0 do 5 pohybovalo mezi 1-3 stupni. Jedna pacientka do dotazníku připsala, že se s lékařem o svých obavách nebavila, protože neměla pocit, že by k tomu byl prostor. Pacientka tímto potvrdila nejčastější překážku edukace a komunikace, kterou je nedostatek času a shon. Tato překážka je další z možných vlivů, díky níž byl strach před operací zmírněn jen částečně. Další pacientka připsala, že se s tím musela vyrovnat sama. V tomto případě záleželo na tom, jestli byla dostatečně edukována a jestli

i přesto nebyly obavy z operace zmírněny, pak by edukace u této pacientky neměla významný efekt.

K zvýšení celkové efektivity edukace přispívají různé pomůcky, které lze při edukaci použít. Z výsledků vyplývá, že jsou nejvíce používány textové pomůcky. Tužku a papír použijí sestry v průměru (26,75 %) stejně jako ty, které nepoužívají žádné pomůcky během edukace. Účinnost používání pomůcek dokazuje například zahraniční studie v USA (Ong et al., 2009), kde byla prokázána prospěšnost videa. Z české studie, kterou popisuje Jedličková a Hodová (2013) vyplynulo, že mají pacienti v předoperační edukaci zájem především o materiály v tištěné podobě, z důvodu snadnější a přístupnější formy získání informací. Při rozhovoru mají obavy z přílišného zahlcení informacemi a především starší lidé si tolik informací nezapamatují.

Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že pouze polovina sester na oddělení poskytuje pacientům informační materiály, přitom téměř všichni pacienti o tyto materiály projeví zájem. Otázky ohledně informačních materiálů byly zaměřené pouze na tištěnou podobu. Zde se nabízí otázka, která nebyla v dotazníku zahrnuta. O jaké další typy pomůcek při edukaci by měli pacienti zájem? Zahraniční studie Friedmana (2011) prokázala účinnost výpočetní techniky, audio a videonahrávek, písemných materiálů, ale také jejich různých kombinací. Poštulková (2011) ve výsledcích uvedla, že 2/3 pacientů nemají o informace prostřednictvím moderních technologií vůbec zájem. Z práce Schwarzové (2014) vyplývá, že nejčastějším zdrojem informací byl pro pacienty před operací internet.

Vzhledem k tomu, že se jednotlivé cíle prolínají s cílem hlavním, ale také dílčí mezi sebou, úroveň edukace bych hodnotila srovnatelně jako kvalitu v dílčím cíli č. 2. Úroveň i efektivnost edukace na našem pracovišti je podle výsledků výzkumu dostatečná. Efektivnost edukace vychází především opět z dostatečné informovanosti a spokojenosti pacientů. Hlavní cíl práce byl splněn.

***Dílčí cíl č. 4: Při identifikaci případných nedostatků vycházejících z výzkumu podat návrhy na jejich řešení.***

Tento cíl vychází ze všech výše popsaných cílů práce včetně hlavního. Následně jsou popsány zjištěné nedostatky a návrhy na jejich řešení.

V případě zájmu pacientů o informační materiály, který byl prokázán ve výsledcích, je zapotřebí, aby tyto materiály pro zkvalitnění edukace a zvýšení pacientovy spokojenosti nabízely všechny sestry, nejen některé. O tomto výsledku je důležité informovat sestry, zejména staniční a vysvětlit jim význam poskytnutí informačních materiálů pro pacienty. Než dojde ke zlepšení situace, opakovaně na ni poukazovat. V současné době jsou informace o předoperační přípravě součástí manuálu, jenž zahrnuje různé informace týkající se hospitalizace, který je k dispozici na pokojích pacientů. Pro zkvalitnění předoperační edukace mám v plánu vytvořit nový informační materiál pro pacienty, který se bude týkat informací podávaných před operací. Rozdával by se všem pacientům přijatým k hospitalizaci za účelem podstoupení operačního zákroku, po jejich uvedení na pokoj, aby měli v případě zájmu čas si jej prostudovat. Informace v něm by byly jasné a nemělo by se jimi plýtvat. Materiál by mohl být také opatřen fotkami. Inspirována jsem

byla edukačními příručkami perioperačních sester (viz kapitola Edukace perioperační sestrou). Sestrám bych mohla vytvořit stručný návod edukace s jednotlivými body, aby na nic během předoperační přípravy nezapomněly, což by se mohlo stát v souvislosti s nedostatkem času a při shonu.

Po prozkoumání zahraniční literatury mě z edukačních metod zaujalo především využití videa, u kterého byla jeho prospěšnost prokázána. Pro zkvalitnění edukace a lepší informovanosti pacientů si myslím, že by bylo vytvoření informačního videa pro pacienty před operací velmi prospěšné. Video by mohlo být pouštěno pacientům během pobytu v čekárně přijímací kanceláře. Z videa by se pacienti mohli seznámit s prostředím standardních oddělení, JIP a operačních sálů; mohlo být nastíněno provozní i personální vybavení jednotlivých úseků; pacienti by mohli být také provedeni předoperační přípravou, průběhem hospitalizace atd. Video by se také mohlo umístit na webové stránky kliniky.

Nedostatek času a shon při edukaci je překážkou, která se nedá snadno překonat. Řešení bych se snažila nalézt v lepší organizaci práce a snaze čas více přizpůsobit potřebám pacienta. Jak uvedl Ptáček et al. (2013), snahu věnovat více času pacientům však podmínky v praxi často nedovolují. Vzhledem k výsledkům o stručném objasnění obsahu informovaných souhlasů bych z pozice sestry alespoň nabádala pacienty, aby vznášeli při potřebě větší informovanosti či nejasnosti lékaři více dotazů. Jedna z pacientek v dotazníku připsala, že kdyby vznášela dotazy, možná by se jí dostalo odpovědi. Další překážkou je rušivé prostředí, které uváděly především sestry. Sestry by si měly prostředí přizpůsobit tak, aby v něm nebyly během edukace rušeny.

Z přehledu literatury vyplývá, že jednou z podmínek efektivity edukace, je funkční mezioborový tým. Chybějící prvek v předoperační přípravě je podle mě edukace, ev. předoperační rehabilitace fyzioterapeutů, jenž by byl potřeba podrobit dalšímu zkoumání. Z nejnovější zahraniční studie (Gupta, 2016) vyplývají evidentní účinky předoperační rehabilitace v kombinaci s předoperační edukací. Pro tyto účinky by bylo vhodné zapojení fyzioterapeutů do předoperační edukace a po nějaké době zhodnocení účinnosti předoperační rehabilitace.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejčastější forma předoperační edukace je individuální. Skupinovou formu edukace sestry téměř neprovádějí, což také ukazuje výzkum, který v literatuře popisuje Raková a Čiřáková (2012). Někteří pacienti měli zájem o skupinovou edukaci pacientů s podobným zaměřením operace. Zajímavým výsledkem je, že o skupinovou edukaci, která by byla prováděna lékařem, byl stejný zájem jako o edukaci zkušenou sestrou. Účinnou formou, která je provozována v zahraničí, jsou předoperační edukační kurzy, při kterých se uplatňuje skupinová mezioborová edukace, ale také kombinace různých metod. Dala by se u nás tímto způsobem vyřešit chybějící návštěva anesteziologa? Anesteziologická příprava by mohla být součástí těchto kurzů. V přehledu literatury popisují edukaci perioperační sestrou, která je podle mého názoru jistě pro pacienty přínosem, avšak nezastane plně funkci anesteziologa. V některých zařízeních v ČR mají anesteziologické ambulance, které mohou pacienti s časovým předstihem před operací navštívit (např. Fakultní nemocnice Brno). Výše jsou uvedeny způsoby, jakými by bylo možné řešit zmiňovanou situaci naší kliniky. Zajímalo by mě, jak probíhá anesteziologická příprava na jiných odděleních naší nemocnice. Zjistit tuto situaci

a nalézt další možné řešení by bylo vhodným námětem pro provedení dalšího výzkumného šetření.

## 12 Závěr

Výsledky výzkumu ukázaly, že je v oblasti edukace pacientů před operací na naší klinice stále co zlepšovat, i když jsou celkové výsledky uspokojivé. Pacienti jsou před operací dostatečně informováni a jsou spokojeni s poskytnutými informacemi. Edukace pacientů před operací, která je jednou z rolí sester na ortopedii, má dle výsledků dostatečnou úroveň a kvalitu. Z pohledu pacientů edukace splňuje svou efektivitu. Hlavním poznatkem vyplývajícím z výsledků výzkumu bylo překračování kompetencí sester z důvodu časté absence anesteziologa, který na pracovištích ortopedické kliniky zajišťuje den před operací anesteziologickou přípravu pacientů. Častá absence by měla být adekvátním způsobem řešena, součástí práce jsou návrhy jejího řešení.

Výzkumné šetření této práce bylo provedeno prostřednictvím dotazníků sester a pacientů. Pro objasnění nejasností ve výsledcích výzkumu by bylo vhodné využít jiné metody získání dat, kterou je rozhovor. V případě překračování kompetencí sester by bylo ještě vhodnější metodou pozorování, avšak jeho užití je eticky spornější.

Pro hlubší poznání by bylo vhodné další zkoumání některých výsledků. Témata pro další výzkumná šetření, která z výsledků vyplývají, by mohla být zaměřena na rozbor znalostí sester při edukaci (teoretických i odborných) a jejich úroveň; efektivnost komunikace při edukaci (formou pozorování), informovanost pacientů před operací plošnějšího charakteru (v rámci ČR); komplikace způsobené nedostatečnou předoperační přípravou; zmapování možností anesteziologické přípravy v jednotlivých zdravotnických zařízeních ČR.

Přínosem této diplomové práce je především zkvalitnění edukace pacientů před operací na našem pracovišti. Zkvalitnění edukace bude spočívat v aktivním nabízení informačních materiálů pacientům při přijetí, vytvoření nových edukačních materiálů pro předoperační přípravu, využití různých edukačních metod a pomůcek při edukaci. Ale také podanými návrhy na řešení zjištěných nedostatků, které jsou blíže popsány v diskusi a jejich případná realizace. Práce může také sloužit nově příchozím sestřám, které by byly do předoperační edukace a její problematiky jejím prostřednictvím více zasvěcené.

Cíle práce byly splněny.

## 13 Seznam použité literatury:

1. ALMADA, Pam a Robin ARCHER. Planning Ahead for Better Outcomes. *Orthopaedic Nursing*. 2009, **28**(1), 3-8. DOI: 10.1097/01.NOR.0000345844.01930.8d. ISSN 0744-6020. Dostupné také z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
2. AYDIN, Dogu, Jakob KLIT, Steffen JACOBSEN, Anders TROELSEN a Henrik HUSTED. No major effects of preoperative education in patients undergoing hip or knee replacement--a systematic review. *Danish Medical Journal*. Dánsko, 2015, **62**(7). Dostupné také z: <http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/7DC7B3D1582A4EC2A06950DADF3FDCDD>
3. BARTÁK, Matěj. *Kapesní slovník cizích slov pro 21. století*. Praha: Plot, 2008, 303 s. ISBN 978-80-86523-90-3.
4. BÁRTOVÁ, Lucie. *Úloha sestry v komunikaci se seniorem* [online]. Opava, 2010 [cit. 2015-10-08]. ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>
5. BLAŽEK, Martin, Eduard HAVEL a Eva BĚLOBRÁDKOVÁ. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: SOLEN, 2012, **14**(11): 422-428. ISSN 1212-7299.
6. CULLITON, Sharon E., Dianne M. BRYANT, Tom J. OVEREND, Steven J. MACDONALD a Bert M. CHESWORTH. The Relationship Between Expectations and Satisfaction in Patients Undergoing Primary Total Knee Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*. 2012, **27**(3), 490-492. DOI: 10.1016/j.arth.2011.10.005. ISSN 08835403. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883540311005535>
7. ČESKO. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*. In: . 2001, částka 44. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2001&typeLaw=mezinarodni\\_smlouva&what=Rok&stranka=2](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2001&typeLaw=mezinarodni_smlouva&what=Rok&stranka=2)
8. ČESKO. *Sbírka předpisů České republiky: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: . Praha, 2011, částka 20/2011 Sb., číslo 55. Dostupné také z: [http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska\\_55-r-2011.pdf](http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf)
9. ČESKO. *Zákon č.96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon*

- o nelékařských zdravotnických povoláních*). In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2004, částka 30. Dostupné také z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>> [cit. 2016-05-01]. ISSN 1211-1244
10. ČESKO. *Zákon o zdravotních službách*. In: . 2011, částka 131, číslo 372/2011. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=4>
  11. ČSÚ: *Český statistický úřad* [online]. Praha, 20. 08. 2015 [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/>
  12. *EFN Matrix on the 4 categories of the nursing care continuum* [online]. In: . 2014 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/definicija-efn-stirih-poklicnih-kategorij-v-zdravstveni-negi-na-ravni-eu>
  13. FERKO, Alexander (ed.), Zdeněk ŠUBRT (ed.) a Tomáš DĚDEK (ed.). *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.
  14. FRIEDMAN, Audrey Jusko, Roxanne COSBY, Susan BOYKO, Jane HATTON-BAUER a Gale TURNBULL. Effective Teaching Strategies and Methods of Delivery for Patient Education: A Systematic Review and Practice Guideline Recommendations. *Journal of Cancer Education*. 2011, **26**(1), 12-21. DOI: 10.1007/s13187-010-0183-x. ISSN 0885-8195. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s13187-010-0183-x>
  15. GULÁŠOVÁ, Ivica, Ján HRUŠKA, Ivan RIEDL a Ján BREZA. Individuální přístup sestry k pacientovi před operací. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 2012a, **22**(6): 27-28. ISSN 1210-0404.
  16. GULÁŠOVÁ, Ivica, Zuzana BAČÍKOVÁ, Ján HRUŠKA a Ján BREZA. Zvládání strachu pacienta před operací. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 2012b, **22**(2): 42-43. ISSN 1210-0404.
  17. GULÁŠOVÁ, Ivica, Lenka GÖRNEROVÁ, Lada CETLOVÁ, Ján BREZA a Ján BREZA, ml. Strach pacienta před operací. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 2014, **24**(2): 38-39. ISSN 1210-0404.
  18. GUPTA, Adyya. Hip or Knee Replacement: Pre-Operative Education. In: *The Joanna Briggs Institute* [online]. Austrálie, 2016 [cit. 2016-05-23]. Dostupné z: <http://joannabriggs.org/>
  19. HEIKKINEN, Katja, Helena LEINO-KILPI, Tero VAHLBERG a Sanna SALANTERÄ. Ambulatory orthopaedic surgery patients' symptoms with two different patient education methods. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2012, **16**(1), 13-20. DOI: 10.1016/j.ijotn.2011.04.004. ISSN



18781241. Dostupné také z:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878124111000335>

20. *Hospital for Special Surgery: Study: Patients Benefit from One-on-One Education and Specially-Designed Web Portal Prior to Joint Replacement Surgery* [online]. New York, 2016 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z:  
[https://www.hss.edu/newsroom\\_hss-study-finds-patient-sessions-prepare-for-hip-and-knee-replacement.asp](https://www.hss.edu/newsroom_hss-study-finds-patient-sessions-prepare-for-hip-and-knee-replacement.asp)
21. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
22. CHMELÁŘOVÁ, Zdeňka. *Pacient po náhradě kloubu a edukace v předoperačním a pooperačním období* [online]. České Budějovice, 2010 [cit. 2016-06-06]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/pv5mwt/?lang=en;furl=%2Fid%2Fpv5mwt%2F>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
23. CHMELÍKOVÁ, Jana a Valerie ŠILHARTOVÁ. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra. Tematický sešit 226 - Perioperační péče*. 2008, **18**(7-8), 62. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=374803>
24. CHROMÝ, Jan. *Materiální didaktické prostředky v informační společnosti*. Praha: Verbum, 2011. ISBN 978-80-904415-5-2.
25. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
26. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a Silvie. HODOVÁ. Edukační program perioperační péče ve FN Brno. *Florence*. 2013, **9**(1-2), 24-26. ISSN 1801-464x.
27. JINDROVÁ, Barbora, Martin STRÍTESKÝ, Jan KUNŠTÝŘ et al. *Praktické postupy v anestezii*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3626-6.
28. JLALA, H. A., J. L. FRENCH, G. L. FOXALL, J. G. HARDMAN a N. M. BEDFORTH. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*. 2010, **104**(3), 369-374. DOI: 10.1093/bja/aeq002. ISSN 0007-0912. Dostupné také z:  
<http://bj.a.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/bja/aeq002>
29. JOHANSSON STARK, Åsa, Brynja INGADOTTIR, Sanna SALANTERÄ, Arun SIGURDARDOTTIR, Kirsi VALKEAPÄÄ, Margareta BACHRACH-LINDSTRÖM a Mitra UNOSSON. Fulfilment of knowledge expectations and emotional state among people undergoing hip replacement: A multi-national survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2014, **51**(11), 1491-1499. DOI:

10.1016/j.ijnurstu.2014.03.006. ISSN 00207489. Dostupné také z:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748914000741>

30. JONES, Samantha, Mustafa ALNAIB, Michail KOKKINAKIS, Michael WILKINSON, Alan ST CLAIR GIBSON a Deiry KADER. Pre-operative patient education reduces length of stay after knee joint arthroplasty. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 2011, **93**(1), 71-75. DOI: 10.1308/003588410X12771863936765. ISSN 0035-8843. Dostupné také z: <http://publishing.rcseng.ac.uk/doi/10.1308/003588410X12771863936765>
31. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
32. KADIDLOVÁ, Veronika. *Informovanost pacientů před operačním výkonem na ortopedickém oddělení* [online]. Jihlava, 2015 [cit. 2016-06-01]. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/40128/thema/4989>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
33. KEARNEY, Marge, Mary Kay JENNRICH, Sheri LYONS, Rochelle ROBINSON a Barbara BERGER. Effects of Preoperative Education on Patient Outcomes After Joint Replacement Surgery. *Orthopaedic Nursing*. 2011, **30**(6), 391-396. DOI: 10.1097/NOR.0b013e31823710ea. ISSN 0744-6020. Dostupné také z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
34. KLEMETTI, S., H. LEINO-KILPI, E. CABRERA, et al. Difference Between Received and Expected Knowledge of Patients Undergoing Knee or Hip Replacement in Seven European Countries. *Clinical Nursing Research*. 2015, **24**(6), 624-643. DOI: 10.1177/1054773814549992. ISSN 1054-7738. Dostupné také z: <http://cnr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1054773814549992>
35. KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 8. vyd., V SPN vyd. 3. - rozš. a dopl. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2010, 829 s. ISBN 978-80-7235-446-7.
36. KLÍMOVÁ, Lenka. *Kompetence zdravotních sester v zahraničí a České republice* [online]. In: .2015 [cit. 2016-04-15]. Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/aktuality/zprava\\_konference\\_mzcr\\_2015.pdf](http://www.cna.cz/docs/aktuality/zprava_konference_mzcr_2015.pdf)
37. KOCOURKOVÁ, Jana, Zuzana SÝKOROVÁ a Jana KŘÍŽOVÁ. Skupinová edukace pacientů. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 2014, **24**(3), 32-33. ISSN 1210-0404.
38. KOTÍK, Luboš. *Předoperační vyšetření dospělých*. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2696-3.
39. KROEZEN, Marieke, Liset VAN DIJK, Peter P GROENEWEGEN a Anneke L FRANCKE. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-

- Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research* [online]. 2011, **11**(1), 127- [cit. 2016-05-08]. DOI: 10.1186/1472-6963-11-127. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/127>
40. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.
  41. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
  42. LACINOVÁ, Milena. Dokumentace anesteziologických sester v ÚVN Praha. *Sestra*. 2007, **17**(7-8), 59. ISSN 1210-0404.
  43. MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-326-4.
  44. MAJERČÍKOVÁ, Katarína a Darina WICZMÁNDYOVÁ. *Osobnostné predpoklady sestry v primárnej zdravotnej starostlivosti* [online]. Opava, 2010 [cit. 2015-10-08]. ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>
  45. MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
  46. MÁLEK, Jiří et al. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.
  47. MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2012, **22**(2), 41-42. ISSN 1210-0404.
  48. MCDONALD, Steve, Matthew J PAGE, Katherine BERINGER, Jason WASIAK a Andrew SPROWSON. Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley, 2014. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003526.pub3>
  49. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Martin ŠAMAJ, Lenka MACHÁLKOVÁ a Kateřina IVANOVÁ. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Kontakt*. Olomouc, 2014, **XVI**(2): 130-142. ISSN 1804-7122.
  50. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Kateřina JIČÍNSKÁ. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-513-6.

51. MÍČKOVÁ, Iveta. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra. Tematický sešit 265 - Diabetologie*. 2009, **19**(12), 44-45. ISSN 1210-0404.  
Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-osestrovatelskeho-procesu-448627>
  
52. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2.díl: Učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 30-32. ISBN 978-80-247-3185-8.
  
53. MONTIN, Liisa, Kirsi JOHANSSON, Jyrki KETTUNEN, Jouko KATAJISTO a Helena LEINO-KILPI. Total Joint Arthroplasty Patients' Perception of Received Knowledge of Care. *Orthopaedic Nursing*. Finsko, 2010, **29**(4), 246-253. DOI: 10.1097/NOR.0b013e3181e51868. ISSN 0744-6020. Dostupné také z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
  
54. MORMANOVÁ, Dana. Význam kvalitní předoperační přípravy. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 2014, **24**(2): 40-41. ISSN 1210-0404.
  
55. NĚMCOVÁ, Jana, HLINKOVÁ, Edita (ed.). *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, c2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
  
56. Obecné informace pro pacienta. In: *ÚVN* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-05-27]. Dostupné z: [https://www.uvn.cz/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=1128&Itemid=761&lang=cs](https://www.uvn.cz/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1128&Itemid=761&lang=cs)
  
57. ONG, Joe, Pamela S. MILLER, Renee APPLEBY, Rebecca ALLEGRETTO a Anna GAWLINSKI. Effect of a Preoperative Instructional Digital Video Disc on Patient Knowledge and Preparedness for Engaging in Postoperative Care Activities. *Nursing Clinics of North America*. 2009, **44**(1), 103-115. DOI: 10.1016/j.cnur.2008.10.014. ISSN 00296465. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029646508000881>
  
58. PAFKO, Pavel a J. MACH. Informovaný souhlas. *Rozhledy v chirurgii* [online]. Praha: Chirurgie-Servis o. s., 2013, **92**(8) [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: [http://kramerus.medvik.cz/search/nimg/IMG\\_FULL/uuid:884ee5eb-0615-11e5-b183-d485646517a0#page=1](http://kramerus.medvik.cz/search/nimg/IMG_FULL/uuid:884ee5eb-0615-11e5-b183-d485646517a0#page=1)
  
59. PARISIEN, Kathleen R., Deborah VALENTINE, Vicki HOFFMAN a Janet PENZERO. Enhancing the Patient's Experience Through the Total Joint Replacement Continuum of Care. *Orthopaedic Nursing*. 2012, **31**(6), 322-325. DOI: 10.1097/NOR.0b013e31827424c9. ISSN 0744-6020. Dostupné také z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>

60. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
61. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-524-2.
62. Práva pacientů ČR. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 1992, 2005 [cit. 2015-10-28]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>
63. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
64. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮŇEK a Jan MACH. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5126-9.
65. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
66. RAKOVÁ, Jana a Lubomíra ČIČÁKOVÁ. Postoj sester k edukaci v nemocničním prostředí. *Sestra: odborný dvoměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 2012, **22**(4): 28-29. ISSN 1210-0404.
67. RONCO, Monica, Leo IONA, Carmen FABBRO, Giampiera BULFONE a Alvisa PALESE. Patient education outcomes in surgery: a systematic review from 2004 to 2010. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2012, **10**(4), 309-323. DOI: 10.1111/j.1744-1609.2012.00286.x. ISSN 1744-1595. Dostupné také z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23173656>
68. SAK (Spojená akreditační komise). *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: TIGIS, 2013. ISBN 978-80-87323-04-05.
69. SEHNALOVÁ, Jana. Akceptování kompetencí sester v praxi. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. 2015, **2015**(1), 28-29. ISSN 2336-2987.
70. Senioři a politika stárnutí: Příprava na stárnutí v České republice. *MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2015, 4. 11. 2015 [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
71. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
72. SCHWARZOVÁ, Markéta. *Úroveň perioperační edukace pacientů všeobecnými sestrami* [online]. Jihlava, 2014 [cit. 2016-06-07]. Dostupné z:

<https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/20696/thema/4083>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

73. SKŘIPSKÝ, Roman a Jitka NOVÁKOVÁ. Volba anestezie, rizika a požadavky na předoperační vyšetření pacienta k elektivnímu výkonu. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. Praha: Sdružení praktických lékařů České republiky, 2011, **21**(5): 18-23. ISSN 1212-6152.
74. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II: Pediatrie, chirurgie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3602-0.
75. *Southeast Orthopedic Specialists: Jacksonville Orthopedic* [online]. Florida, 2013 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <https://se-ortho.com/top-florida-joint-replacements/>
76. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
77. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: Vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 15. ISBN 978-80-247-2938-1.
78. ŠIMKOVÁ, Věra a Eva NAVRÁTILOVÁ. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra. Instrumentářka*. 2007, **17**(Mimořádná příloha 4), 3. ISSN 1210-0404.
79. ŠMÍDOVÁ, Šárka a Jaroslava NOVÁKOVÁ. Edukace geriatrických pacientů. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Ambit Media, 2013, **9**(12): 28-30. ISSN 1801-464X.
80. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. *Wikiskripta* [online]. [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/%C3%A4mluva\\_o\\_lidsk%C3%BDch\\_pr%C3%A1vech\\_a\\_biomedic%C3%ADn%C4%9B](http://www.wikiskripta.eu/index.php/%C3%A4mluva_o_lidsk%C3%BDch_pr%C3%A1vech_a_biomedic%C3%ADn%C4%9B)
81. ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha, 2015, [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>
82. VÁCLAVÍK, Karel. *Praktický slovník cizích slov*. V Praze: XYZ, 2011, 461 s. ISBN 978-80-7388-543-4.
83. VÁVROVÁ, Iveta. *Vyšší kompetence pro zdravotní sestry. Větší zodpovědnost a vyšší odměny*. [online]. In: . 2015 [cit. 2016-04-15]. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/plus/zaostreno/\\_zprava/vyssi-kompetence-pro-zdravotni-sestry-vetsi-zodpovednost-a-vyssi-odmeny--1543224](http://www.rozhlas.cz/plus/zaostreno/_zprava/vyssi-kompetence-pro-zdravotni-sestry-vetsi-zodpovednost-a-vyssi-odmeny--1543224)

84. VĚTVIČKA, Václav. Trhnou se sestry? *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 2011, **21**(7-8), 21-22. ISSN 1210-0404.
85. VLHOVÁ, Hana. Edukace diabetiků. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Ambit Media, 2013, **9**(1-2): 13-15. ISSN 1801-464X.
86. VRBA, Martin a Hana ČERNÁ-ŠÍPKOVÁ. Role sestry v USA - oceněná výzva: [seminář, Praha, 12. 12. 2005]. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2006, **16**(2), 19. ISSN 1210-0404.
87. VYBÍHALOVÁ, Lenka. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 2011, **21**(1): 28. ISSN 1210-0404.
88. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.
89. *White Plains Hospital: Orthopaedic surgery* [online]. New York, 2016 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.wphospital.org/programs-services/orthopaedic-surgery>
90. ZACHAROVÁ, Eva. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 2010, **20**(7-8): 28-29. ISSN 1210-0404.
91. ZACHOVÁ, Veronika, Kateřina DRLÍKOVÁ, Milada KARLOVSKÁ a Dagmar ŠKOCHOVÁ. *Stomie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3256-5.
92. Základy statistiky. In: *Matematika.cz: Tady to pochopíš* [online]. 2014 [cit. 2016-05-16]. Dostupné z: <http://www.matematika.cz/zaklady-statistiky>
93. Zdravotní sestry ve světě: Jak se jim žije? In: *Diakonie: Českobratrské církve evangelické* [online]. 2011 [cit. 2016-04-17]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/zpravy/ze-zahranici/zdravotni-sestry-ve-svete-jak-se-jim-zije/>
94. ZEMAN, Miroslav, Zdeněk KRŠKA et al. *Chirurgická propedeutika*. Třetí přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

## **Přílohy**

- Příloha č. 1: Seznam použitých zkratk
- Příloha č. 2: Seznam grafů a tabulek
- Příloha č. 3: Dotazník pro sestry
- Příloha č. 4: Dotazník pro pacienty



## **Příloha č. 1: Seznam použitých zkratek**

aj.	a jiné
apod.	a podobně
ASA	American Society of Anesthesiologists (americká anesteziologická společnost)
ATB	antibiotika
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČSARIM	česká společnost anesteziologie, resuscitace intenzivní Medicíny
ČR	Česká republika
ECHO	echokardiografie
EKG	elektrokardiografie
et. al	a kol. (a kolektiv)
ev.	eventuelně, eventuálně
INR	mezinárodní normalizovaný poměr (koagulační test- protrombinový čas)
IS	informovaný souhlas
JIP	jednotka intenzivní péče
KS	kardiostimulátor
max.	maximálně
např.	například
P	puls
RTG	rentgen
s.	strana
Sb.	sbírka
TEN	tromboembolické nemoc
TK	tlak krevní
TT	tělesná teplota
USA	United States of Amerika (Spojené státy americké)
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice

## **Příloha č. 2: Seznam grafů a tabulek**

- Graf/tabulka č. 1 Vzdělání sester (s. 40)
- Graf/tabulka č. 2 Délka praxe (s. 41)
- Graf/tabulka č. 3 Hodnocení komunikace sester s pacienty (s. 42)
- Graf/tabulka č. 4 Zájem o rozšíření znalostí v komunikaci (s. 43)
- Graf/tabulka č. 5 Význam edukace pacienta sestrou (s. 44)
- Graf/tabulka č. 6 Hodnocení předoperační edukace pacientů sestrami (s. 45)
- Graf/tabulka č. 7 Dostatek teoretických znalostí sester o edukaci pacientů (s. 46)
- Graf/tabulka č. 8 Dostatek odborných znalostí sester při edukaci pacientů (s. 47)
- Graf/tabulka č. 9 Častý výskyt překážek v edukaci (s. 48)
- Graf/tabulka č. 10 Nejčastější forma edukace (s. 49)
- Graf/tabulka č. 11 Záznam o edukaci do dokumentace (s. 50)
- Graf/tabulka č. 12 Používání pomůcek během edukace a jejich typy (s. 51)
- Graf/tabulka č. 13 Kdo edukuje před anestezií (s. 52)
- Graf/tabulka č. 14 Chybějící návštěva anesteziologa (s. 53)
- Graf/tabulka č. 15 Zastane někdo funkci anesteziologa? (s. 54)
- Graf/tabulka č. 16 Nejvhodnější způsob anesteziologické přípravy (s. 55)
- Graf/tabulka č. 17 Témata předoperační edukace (s. 56)
- Graf/tabulka č. 18 Výskyt komplikací z nedostatečné předoperační přípravy (s. 57)
- Graf/tabulka č. 19 Znalost kompetencí týkající se edukace (s. 58)
- Graf/tabulka č. 20 Porušení kompetencí v péči o pacienta před operací (s. 59)
- Graf/tabulka č. 21 Mínění sester o současných kompetencích (s. 60)
- Graf/tabulka č. 22 Standardy o edukaci (s. 61)
- Graf/tabulka č. 23 Věk respondentů (s. 63)
- Graf/tabulka č. 24 Vzdělání respondentů (s. 64)
- Graf/tabulka č. 25 Kdo poskytl nejvíce informací po přijetí do nemocnice (s. 65)
- Graf/tabulka č. 26 Hodnocení předoperační edukace sestrami (s. 66)
- Graf/tabulka č. 27 Porozumění informacím od sestry (s. 67)
- Graf/tabulka č. 28 Hodnocení množství poskytnutých informací (s. 68)
- Graf/tabulka č. 29 Hodnocení kvality poskytnutých informací (s. 69)
- Graf/tabulka č. 30 Zpětná vazba zdravotníků (s. 70)
- Graf/tabulka č. 31 Možnost vznést dotazy (s. 71)
- Graf/tabulka č. 32 Poskytnutí informačních materiálů (s. 72)
- Graf/tabulka č. 33 Uvítání nabídky informačních materiálů (s. 73)
- Graf/tabulka č. 34 Strach před operací (s. 74)
- Graf/tabulka č. 35 Ovlivnění strachu pacienta předoperační edukací sestrou (s. 75)
- Graf/tabulka č. 36 Ovlivnění strachu pacienta předoperační edukací lékařem (s. 76)
- Graf/tabulka č. 37 Návštěva anesteziologa (s. 77)
- Graf/tabulka č. 38 Dostatečné informace od anesteziologa? (s. 78)
- Graf/tabulka č. 39 Čas na prostudování informovaných souhlasů (s. 79)
- Graf/tabulka č. 40 Objasnění obsahu informovaných souhlasů (s. 80)
- Graf/tabulka č. 41 Formy předoperační edukace (s. 81)
- Graf/tabulka č. 42 Zásady zdravotníka při předávání informací (s. 82)

### Příloha č. 3: Dotazník pro sestry



Vážené kolegyně, vážení kolegové,  
jmenuji se Michaela Slouková, jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia - oboru intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Dovoluji si Vás oslovit a tímto požádat o vyplnění dotazníku, týkající se role sestry v edukaci pacienta před anestezií u operačních výkonů v ortopedii, který je součástí mé diplomové práce. Tento dotazník je zcela anonymní. Výsledky budou použity pro zpracování diplomové práce a jejich případné publikace. Dotazník byl schválen etickou komisí. Pokud není uvedeno jinak, zvolte pouze jednu odpověď. Vyplněním a odevzdáním dotazníku souhlasíte se zařazením do studie. Účast je dobrovolná.

Vašeho názoru si velmi cením a předem děkuji za Váš čas! (zabere Vám cca 10 min.).

---

#### 1. Uveďte, prosím, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a, středoškolské
- b, středoškolské + specializace
- c, vyšší odborné
- d, vysokoškolské - bakalářské
- e, vysokoškolské - magisterské

**2. Jaká je délka Vaší praxe?**   ☐ do 1 roku   ☐ 1-4 let   ☐ 5-9 let   ☐ 10-19 let   ☐ 20 a více

#### 3. Jak hodnotíte komunikaci sester s pacienty na Vašem oddělení?

- a, nedostačující
- b, dostačující
- c, dobrá
- d, velmi dobrá
- e, výborná

**4. Měl/a byste zájem rozšířit Vaše znalosti v komunikaci?** *(formou semináře či kurzu, obecné či specifické témata- např. komunikace se seniory, se zmatenými pacienty...)*

- a, ano
- b, ne
- c, nevím
- d, možná, podle typu zaměření

**5. Označte všechna konstatování, s nimiž souhlasíte.** *(více možných odpovědí)*  
**Edukace pacienta sestrou...**

- a, nejde vždy stihnout.
- b, nefunguje, pokud nemá sestra dostatek informací
- c, nemá smysl, nepřikládám jí velký význam.
- d, má smysl, protože je jedním z kritérií kvality poskytované péče.
- e, má smysl, protože navozuje pozitivní změny ve vědomostech, dovednostech atd.
- f, snižuje výskyt komplikací, zmenšuje úzkost pacienta.
- g, přispívá k dosažení maxima v úspěšnosti léčby.
- h, zvyšuje spokojenost a kvalitu života pacienta.

**6. Jak hodnotíte předoperační edukaci pacientů sestrami na Vašem oddělení?**

- a, nedostačující
- b, dostačující
- c, dobrá
- d, velmi dobrá
- e, výborná

**7. Myslíte si, že mají sestry na Vašem oddělení dostatek informací o formách, metodách a zásadách edukace?**

- a, rozhodně ne
- b, spíše ne
- c, nevím
- d, spíše ano
- e, rozhodně ano

**8. Myslíte si, že mají sestry na Vašem oddělení dostatek odborných znalostí v edukaci pacientů? (předoperační příprava, průběh anestezie, průběh operace, pooperační péče)**

- a, rozhodně ne
- b, spíše ne
- c, nevím
- d, spíše ano
- e, rozhodně ano
- f, o některých tématech mají dostatek znalostí, o některých méně

**9. Které překážky v edukaci se na Vašem oddělení vyskytují často? (více možných odpovědí)**

- a, přehlížení potřeb pacienta
- b, nevhodná komunikace
- c, rušivé prostředí
- d, nedostatek času, shon
- e, neschopnost týmové spolupráce
- f, špatný zdravotní stav, bolest, emoce pacienta
- g, jazykové, kulturní a etnické bariéry
- h, nedostatek teoretických znalostí sester
- i, nedostatek odborných znalostí sester
- j, žádné z uvedených

**10. Jakou formu edukace používáte nejčastěji?**

- a, individuální
- b, skupinovou
- c, hromadnou (např. přednáška)

**11. Zaznamenáváte provedení edukace do zdravotnické dokumentace?**

- a, nikdy
- b, ano, někdy
- c, ano, vždycky

**12. Užíváte během edukace nějaké pomůcky? (Pokud ano, vyberte z následujících možností jaké. Pokud ne, pokračujte otázkou 13.)**

- a, textové (knihy, letáky, brožury)
- b, vizuální (obrázky, fotodokumentace, modely, zdravotnický materiál)
- c, audiovizuální (výukové filmy...)
- d, psací potřeby, papír
- e,
- jiné.....
- .

**13. Kdo na Vašem oddělení edukuje pacienty před anestezií? (více možných odpovědí)**

- a, anesteziolog
- b, lékař
- c, sestra
- d, fyzioterapeut
- e, jiná varianta.....

**14. Stalo se někdy, že by nepřišel pacienta navštívit anesteziolog?**

- a, ne
- b, nevím
- c, ano, stává se, ale výjimečně
- d, ano, stává se poměrně často

**15. Pokud na oddělení nedorazí anesteziolog, kdo zastane jeho funkci (v edukaci atd.)?**

*(jedna, nebo více možných odpovědí)*

- a, lékař
- b, lékař i sestra
- c, sestra
- d, edukace proběhne na sále
- e, edukace neproběhne

**16. Jaká možnost anesteziologické přípravy se Vám zdá obecně nejvhodnější?**

- a, návštěva anesteziologa den před výkonem na oddělení

- b, návštěva anesteziologické ambulance (např. týden před operací)
- c, příprava na sále v den operace
- d, zkušenou sestrou
- e, jiná.....

**17. V kterých oblastech edukují sestry na Vašem oddělení pacienty před operací?**  
*(více možných odpovědí)*

- a, o anestezii, jejích možnostech, rizicích
- b, o chronické medikaci, premedikaci
- c, o průběhu na operačním sále
- d, o operačním výkonu
- e, o pooperační období
- f, o příjmu tekutin a stravy
- g, o vyprázdnění tlustého střeva, zavedení močového katetru
- h, o prevenci TEN
- ch, o hygieně, přípravě operačního pole
- i, o podání transfuzních přípravků
- j, o rehabilitaci

**18. Setkal/a jste někdy s komplikacemi, které byly způsobeny nedostatečnou předoperační přípravou?**

- a, ne, nikdy
- b, nevím
- c, ano, výjimečně
- d, ano, někdy
- e, ano, často
- f, ano, velmi často

**19. Znájí sestry na Vašem oddělení své kompetence týkající se edukace?**

- a, rozhodně ne
- b, spíše ne
- c, nevím
- d, spíše ano
- e, rozhodně ano

**20. Porušily sestry na Vašem oddělení své kompetence týkající se péče o pacienta před operací?**

- a, ne, nikdy
- b, ano, výjimečně
- c, ano, někdy
- d, ano, často
- f, nevím

**21. Co si myslíte o současných kompetencích sester v edukaci pacienta o předoperační přípravě a jejich zakotvení v právním systému?** *(více možných odpovědí)*

- a, jsou moc rozsáhlé

- b, jsou přiměřené
- c, mohly by být větší
- d, není to srozumitelné
- e, pracujeme podle toho, jak je nezbytné
- f, jiná odpověď.....

**22. Máte na Vašem pracovišti standardy o edukaci?**

- a, ano, pracuji s nimi
- b, ano, ale nepracuji s nimi
- c, nevím
- d, nemáme tyto standardy
- e, nemáme tyto standardy, ale byly by vhodné

Velmi děkuji za Vaše názory!

#### Příloha č. 4: Dotazník pro pacienty



Vážená paní, vážený pane,  
jmenuji se Michaela Slouková, jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia - oboru intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Dovoluji si Vás oslovit a tímto požádat o vyplnění dotazníku, týkající se role sestry v edukaci pacienta před anestezií u operačních výkonů v ortopedii, který je součástí mé diplomové práce. Tento dotazník je zcela anonymní, Vaše účast je dobrovolná. Výsledky budou použity pro zpracování diplomové práce a jejich případné publikace. Pokud není uvedeno jinak, zvolte pouze jednu odpověď.

Vašeho názoru si velmi cením a předem děkuji za Váš čas! (zabere Vám cca 10 min.).

---

#### 1. Uveďte, prosím, kolik je Vám let.

☐ 20-29 let   ☐ 30-39 let   ☐ 40-49 let   ☐ 50-59 let   ☐ 60-69 let   ☐ 70-79 let   ☐ 80 a více

#### 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a, základní
- b, střední odborné (výuční list)
- c, středoškolské
- d, vyšší odborné
- e, vysokoškolské

#### 3. Kdo Vám podal po přijetí do nemocnice nejvíce informací o předoperačním, operačním a pooperačním průběhu?

- a, anesteziolog
- b, jiný zdravotnický pracovník
- c, lékař
- d, sestra

#### 4. Jak hodnotíte podávání předoperačních informací sestrami?

- a, velmi uspokojivé
- b, uspokojivé
- c, neuspokojivé
- d, velmi neuspokojivé



**5. Rozuměl/a jste všem informacím, které Vám byly před operací sestrou poskytnuty?**

- a, rozhodně ano
- b, spíše ano
- c, spíše ne
- d, rozhodně ne

**6. Jak hodnotíte množství informací poskytnutých sestrami před operací?**

- a, velmi uspokojivé
- b, uspokojivé
- c, neuspokojivé
- d, velmi neuspokojivé

**7. Jak hodnotíte kvalitu informací poskytnutých sestrami před operací?**

- a, velmi uspokojivé
- b, uspokojivé
- c, neuspokojivé
- d, velmi neuspokojivé

**8. Zeptal se Vás (lékař, sestra) po předání informací na to, zda rozumíte podaným informacím?**

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

**9. Pokud jste měl/a v podaných informacích nejasnosti, měl/a jste možnost vznést dotazy?**

- a, rozhodně ano
- b, spíše ano
- c, nevím
- d, spíše ne
- e, rozhodně ne

**10. Poskytl Vám někdo na oddělení informační letáky, brožury či manuál týkající se předoperační přípravy?**

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

**11. Pokud jste na předchozí otázku č. 10 odpověděl/a ANO- Uvítal/a jste tuto nabídku?  
Pokud jste na předchozí otázku č. 10 odpověděl/a NE- Uvítal/a byste tuto nabídku?**

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

**12. Zakroužkujte míru intenzity Vašeho strachu na číselné stupnici. (0 = žádný, 5 = velký)**

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5

**13. Jak informace podané před operací sestrou ovlivnily Váš strach z operace?**

- a, výrazně zmírnily mé obavy
- b, částečně zmírnily mé obavy
- c, nevím
- d, nezmírnily mé obavy
- e, vůbec nezmírnily mé obavy

**14. Jak informace podané před operací lékařem ovlivnily Váš strach z operace?**

- a, výrazně zmírnily mé obavy
- b, částečně zmírnily mé obavy
- c, nevím
- d, nezmírnily mé obavy
- e, vůbec nezmírnily mé obavy

**15. Navštívil Vás před operací anesteziolog?**

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

**16. Poskytl Vám anesteziolog informace, které jste potřeboval/a vědět?**

- a, ano
- b, spíše ano
- c, spíše ne
- d, ne

**17. Kolik času jste měl/a na prostudování informovaných souhlasů před jejich podepsáním?**

- a, rozhodně dostatek
- b, spíše dostatek
- c, spíše nedostatek
- d, rozhodně nedostatek

**18. Jak Vám byly před podepsáním jednotlivých informovaných souhlasů vysvětleny informace v nich obsažené?**

- a, důkladně
- b, stručně
- c, nevím
- d, vůbec nebyly vysvětleny

**19. Při předávání informací o přípravě k operaci, jejím průběhu a pooperační péči v nemocnici bych dal/a přednost: (možnost více odpovědí)**

- a, předávání těchto informací lékařem ve skupině pacientů s podobnou operací
- b, předávání těchto informací zkušenou sestrou ve skupině pacientů s podobnou operací
- c, předávání těchto informací individuálně od lékaře
- d, předávání těchto informací individuálně zkušenou sestrou
- e, jiná možnost.....

**20. Jaké by měl podle Vás dodržovat zdravotník zásady při předávání předoperačních informací pacientovi?**

*(vyberte prosím 3 zásady, které jsou podle Vás nejdůležitější)*

- a, trpělivost
- b, empatie
- c, individuální přístup
- d, ohleduplnost, např. vzhledem ke zdravotnímu stavu
- e, délku a čas podřídít potřebám pacienta
- f, odstranění rušivých elementů
- g, vyhýbat se odborným výrazům

Velmi děkuji za Vaše názory!

Vyplněný dotazník vložte do přiložené obálky,  
zalepte a vložte do krabice k tomu určené,  
kterou naleznete na denní místnosti.

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta  
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>